

DOMANDA PER IL RILASCIO DEL MODELLO A1

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DOTT./DOTT.SSA _____

CODICE FISCALE _____ SESSO _____

NATO/A IL ____/____/____ A _____ PROV. (____)

NAZIONALITA' _____

INDIRIZZO NEL PAESE DI RESIDENZA:

STATO _____ CITTA' _____ PROV. (____)

VIA _____ N _____ CAP _____

TELEFONO _____ MAIL _____

PEC _____

INDIRIZZO NEL PAESE DI SOGGIORNO:

STATO _____ CITTA' _____ SIGLA PAESE (____)

VIA _____ N _____ CAP _____

CONSAPEVOLE

delle responsabilità in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non più *rispondenti* a verità nonché della decadenza dai benefici conseguiti per effetto delle dichiarazioni non veritiere (previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. n.445/2000), ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

(barrare le voci che ricorrono)

- di **essere** residente in Italia e di svolgere in questo Paese una parte sostanziale della propria attività professionale;
- di **non essere** residente in Italia – Stato membro in cui esercita una parte sostanziale della propria attività professionale – ma di avere in Italia il centro di interessi delle proprie attività;
- di svolgere attività lavorativa in Italia in qualità di (barrare le voci che ricorre)

- LAVORATORE AUTONOMO

Partita IVA _____

Sede dell'attività professionale:

Via _____ n. _____ CAP _____

Città _____ Sigla Paese _____

- LAVORATORE SUBORDINATO

- di svolgere attività professionale nei seguenti Stati esteri:
- STATO _____ Sigla Paese _____
 - STATO _____ Sigla Paese _____

nella seguente modalità:

- Lavoratore Subordinato distaccato art. (13 comm.1 Reg. 883/2004)
- Lavoratore subordinato che lavora in due o più Stati (art. 13 comm.2 Reg. 883/2004)
- Lavoratore autonomo che si reca e svolge attività in altro stato (art 12 comm.2 Reg. 883/2004)
- Lavoratore autonomo che lavora in due o più Stati (art.13 comm.2 Reg. 883/2004)
- Altro _____

CHIEDE

PER IL PERIODO DAL ____ / ____ / _____ AL ____ / ____ / _____

Il Rilascio del Modello A1 – attestante il versamento dei contributi previdenziali ad ENPAB per l'attività lavorativa svolta:

PRESSO IL/I COMMITTENTE/I:

Codice Identificativo nello Stato estero (Es: Cod. fiscale) _____

Nome o Ragione Sociale _____

Via _____ n. _____ CAP _____

Città _____ Sigla Paese _____

Codice Identificativo nello Stato estero (Es: Cod. fiscale) _____

Nome o Ragione Sociale _____

Via _____ n. _____ CAP _____

Città _____ Sigla Paese _____

***LUOGO DI LAVORO:**

INDIRIZZO:

Via _____ n. _____ CAP _____

Città _____ Sigla Stato Estero _____

A BORDO DELLA NAVE (art. 11 comm.4):

Nome Nave _____ IMO _____

Battente bandiera dello Stato _____

DATA _____

FIRMA _____

***ATTENZIONE:** Il luogo di lavoro deve corrispondere al luogo dove si svolge l'attività lavorativa

ALLEGARE COPIA DI UN VALIDO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITÀ

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016 "Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati", La informiamo che i dati e le informazioni richiesti con la presente domanda saranno trattati da ENPAB esclusivamente per finalità istituzionali. I dati raccolti potranno essere comunicati a soggetti esterni ad ENPAB solo qualora la comunicazione sia strumentale all'evasione della pratica e sempre nei limiti necessari per lo svolgimento delle funzioni inerenti alla gestione della Sua posizione o ad ulteriori funzioni istituzionali attribuite all'Ente dalla Legge o da norme regolamentari. Il trattamento dei dati personali sarà effettuato con l'ausilio di mezzi manuali ed informatici e nel rispetto degli obblighi di riservatezza e di sicurezza. In nessun caso i dati forniti saranno oggetto di comunicazione a soggetti esteri diversi da quelli istituzionalmente Il conferimento dei dati è obbligatorio. L'eventuale rifiuto renderebbe infatti impossibile il perfezionamento degli adempimenti che La interessano e l'esercizio dei connessi diritti ed obblighi previsti dalla normativa in materia di previdenza obbligatoria. In ogni momento la S.V. potrà accedere ai dati da Lei forniti e chiederne la modifica, l'aggiornamento ovvero la cancellazione a mezzo di una comunicazione all'indirizzo mail dirittiprivacy@enpab.it. Titolare del trattamento è ENPAB, Via di Porta Lavernale 12 - 00153 Roma. Il responsabile del trattamento è il Presidente pro tempore dell'Ente.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a, letta e compresa in ogni sua parte l'informativa fornita ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016, presta il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali da parte dell'ENPAB per le finalità e nei limiti specificati nell'informativa predetta.

DATA

FIRMA