



Denuncia di assunzione di lavoratore domestico extracomunitario

ai sensi dell'art. 1-ter co. 2 lett. b L. n. 102/2009

ISTRUZIONI ALLA COMPILAZIONE DEL Mod. LD-EM2009extraUE DENUNCIA DI ASSUNZIONE DI LAVORATORE DOMESTICO EXTRACOMUNITARIO (art. 1-ter co. 2 lett. b L. n. 102/2009)

Il presente modulo deve essere utilizzato per la **comunicazione obbligatoria di rapporto di lavoro domestico** soggetto all'obbligo delle assicurazioni sociali (D.P.R. n. 1403 del 31.12.1971), **denunciato**, ai sensi dell'art. 1-ter della L. n. 102/2009, allo Sportello unico per l'immigrazione.

Il datore di lavoro **entro 24 ore** dalla sottoscrizione del contratto di soggiorno deve presentare una comunicazione per ogni lavoratore assunto all'Inps che provvede poi a trasmettere i dati necessari per gli altri adempimenti ai Servizi competenti del Ministero del Lavoro, della salute e delle politiche sociali, all'Inail, nonché ai Servizi regionali.

I dati anagrafici del datore di lavoro devono essere rilevati da un documento d'identità; nel caso in cui il modulo venga inviato per corrispondenza è necessario allegare la fotocopia del documento d'identità.

In caso di residenza in Stato estero deve essere indicato il domicilio in Italia.

● Istruzioni per la compilazione del modulo

Il modulo è articolato in 5 sezioni. **E' obbligatorio compilare tutti i campi ad eccezione di quelli indicati con l'asterisco** (art. 1 comma 783 legge 296/2006).

Per agevolare la compilazione delle parti contrassegnate da numeri, si invita a leggere attentamente le seguenti note:

- 1) **Indicare il codice fiscale rilasciato dall'Agenzia delle Entrate.** Non sarà accettato un codice fiscale non riconosciuto dall'anagrafe tributaria.
- 2) **Da compilare soltanto se diverso dall'indirizzo di residenza.**
- 3) **Compilare se il lavoratore svolge l'attività presso altra abitazione a disposizione del datore di lavoro.**
- 4) **Indicare la data di effettivo inizio del rapporto di lavoro.**
Nel caso di inizio del rapporto di lavoro in data antecedente il 1 aprile 2009, al datore di lavoro sarà successivamente richiesto di compilare uno specifico modulo (Mod. LD15-ter) per la regolarizzazione dei periodi pregressi.
- 5) **Indicare, alternativamente, COLF o BADANTE.**
- 6) **Inserire il numero di ore settimanali, arrotondando gli eventuali decimali sempre per eccesso.**
- 7) **Deve essere indicata, alternativamente, la retribuzione mensile o quella oraria concordata con il lavoratore comprensiva eventualmente della maggiorazione per vitto e alloggio ma senza la quota relativa alla tredicesima.**
- 8) **Deve essere data risposta affermativa nel caso che il rapporto di lavoro intercorra:**
 - tra figli e genitori ovvero tra generi o nuore e suoceri;
 - tra nonni e nipoti e loro coniuge;
 - tra bisnonni e pronipoti o loro coniuge;
 - tra fratelli o sorelle o tra cognati (cioè con il coniuge di fratelli o sorelle);
 - tra zii o loro coniuge e nipoti ovvero tra zii e nipoti o loro coniuge.



Denuncia di assunzione di lavoratore domestico extracomunitario

ai sensi dell'art. 1-ter co. 2 lett. b L. n. 102/2009

9) Art. 1, 3° comma, del D.P.R. n° 1403 del 31.12.71

"l'esistenza di vincoli di parentela o di affinità fra datore di lavoro e lavoratore non esclude l'obbligo assicurativo quando sia provato il rapporto di lavoro. L'onere della prova non è, tuttavia, richiesto quando si tratti di persone che, pur in presenza di vincoli di coniugio, parentela o affinità svolgono le seguenti mansioni:

- assistenza agli invalidi di guerra, civili e militari, invalidi per causa di servizio, invalidi del lavoro, fruitori dell'indennità di accompagnamento prevista dalle disposizioni che regolano la materia;
- assistenza dei mutilati ed invalidi civili fruitori delle provvidenze di cui alla legge 30 marzo 1971, n. 118, o che siano esclusi da dette provvidenze per motivi attinenti alle loro condizioni economiche e non al grado di menomazione;
- assistenza dei ciechi civili fruitori del particolare trattamento di pensione previsto dalla legge 10 febbraio 1962, n. 66, e successive modifiche ed integrazioni o che ne avrebbero diritto qualora non fossero titolari di un reddito superiore ai limiti stabiliti dalle disposizioni che disciplinano la materia;
- prestazioni di opere nei confronti dei sacerdoti secolari di culto cattolico;
- prestazioni di servizi diretti e personali nei confronti dei componenti le comunità religiose o militari di tipo familiare".

10) Nel caso di analfabetismo, il segno di croce deve essere autenticato dalla firma di due testimoni.

11) Se il datore di lavoro è una comunità religiosa o una convivenza militare, la dichiarazione di responsabilità deve essere sottoscritta dal legale rappresentante pro-tempore della comunità o convivenza stessa.





Denuncia di assunzione di lavoratore domestico extracomunitario -1/3

ai sensi dell'art. 1-ter co. 2 lett. b L. n. 102/2009

ALL'UFFICIO INPS DI

DICHIARAZIONE DI SUSSISTENZA DEL RAPPORTO DI LAVORO

Dichiaro di aver sottoscritto il contratto di soggiorno in data (gg/mm/aaaa) _____

Sezione 1 - Datore di lavoro

Datore di lavoro persona fisica

COGNOME NOME

CODICE FISCALE NATO/A IL GG/MM/AAAA

COMUNE O STATO DI NASCITA indicare il comune anche per le frazioni PROV.

NAZIONALITA' SESSO M | F PROFESSIONE

Datore di lavoro persona giuridica

DENOMINAZIONE DELLA COMUNITA' RELIGIOSA O CONVIVENZA MILITARE

CODICE FISCALE (1)

Indirizzo di residenza del datore di lavoro

VIA, PIAZZA, LARGO ecc... e N. CIV. FRAZIONE

COMUNE indicare il comune anche per le frazioni PROV. CAP

TELEFONO* CELLULARE* FAX*

E-MAIL*

Indirizzo presso il quale inviare comunicazioni (2)

PRESSO VIA, PIAZZA, LARGO ecc... e N. CIV.

FRAZIONE COMUNE indicare il comune anche per le frazioni

PROV. CAP TELEFONO*

Indirizzo dove si svolge il rapporto di lavoro (3)

PRESSO VIA, PIAZZA, LARGO ecc... e N. CIV.

FRAZIONE COMUNE indicare il comune anche per le frazioni

PROV. CAP TELEFONO*

* Dati facoltativi



Denuncia di assunzione di lavoratore domestico extracomunitario -2/3

ai sensi dell'art. 1-ter co. 2 lett. b L. n. 102/2009

• Documento di identità

TIPO DOCUMENTO NUMERO

RILASCIATO DA SCADENZA

Sezione 2 - Lavoratore

• Lavoratore

COGNOME NOME

CODICE FISCALE (1) NATO/A IL GG/MM/AAAA

COMUNE O STATO DI NASCITA indicare il comune anche per le frazioni

SESSO M F PROV. CITTADINANZA

COGNOME DEL CONIUGE*

• Documento di identità

TIPO DOCUMENTO NUMERO

RILASCIATO DA SCADENZA

• Indirizzo

VIA, PIAZZA, LARGO ecc... e N. CIV. FRAZIONE

COMUNE indicare il comune anche per le frazioni PROV. CAP

TELEFONO* CELLULARE*

Sezione 3 - Assunzione

DATA INIZIO (4) gg/mm/aaaa

COLF (5) BADANTE (5) ORE SETTIMANALI (6)

RETRIBUZIONE / COMPENSO MENSILE (7) RETRIBUZIONE ORARIA (7)



Denuncia di assunzione di lavoratore domestico extracomunitario -3/3

ai sensi dell'art. 1-ter co. 2 lett. b L. n. 102/2009

Sezione 4 - Questionario

- Il lavoratore svolge servizio continuato e fruisce di vitto e alloggio ? SI NO
- Il datore di lavoro è il coniuge del lavoratore ? SI NO
- Il datore di lavoro è parente o affine entro il terzo grado del lavoratore ? (8) SI NO
 in caso affermativo specificare il rapporto di parentela o di affinità (genitore, figlio, fratello, sorella, cognato, suocero, nuora, zio, nonno, nipote ecc.) nel riquadro accanto
- Il datore di lavoro è invalido di guerra o del lavoro o mutilato o invalido civile o cieco civile, con indennità di accompagnamento? (9) SI NO
- Il lavoratore abita con il datore di lavoro ? SI NO
- Il datore di lavoro è sacerdote secolare di culto cattolico ? (8) SI NO

data _____ Firma del datore di lavoro (10) (11) _____

● Dichiarazione di responsabilità

Mi impegno a comunicare all'Inps qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento.

Sono inoltre consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni incluse nella domanda e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere dai benefici ottenuti.

Dichiaro che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false.

data _____ Firma del datore di lavoro (10) (11) _____

Informativa sul trattamento dei dati personali

(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali")

L'Inps con sede in Roma, via Ciriaco De Mita, 21, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa su base sanitaria.

Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati e istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno conoscere i suoi dati altri soggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili designati dall'Istituto.

I suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o privati, tra cui Istituti di credito o Uffici Postali, altre Amministrazioni, Enti o Casse di previdenza obbligatoria.

Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano.

L'Inps la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente all'istruttoria della presente domanda; se si tratta di una agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale o subprovinciale, anche per il tramite dell'agenzia stessa.