



Comunicazione obbligatoria variazioni del rapporto di lavoro domestico

Per comunicare la trasformazione, la proroga e la cessazione del rapporto di lavoro di un lavoratore domestico è necessario compilare il modulo e presentarlo presso gli uffici Inps della zona di residenza, o per posta (con raccomandata A/R).

La variazione può essere comunicata anche attraverso il Contact Center, al numero 803.164, oppure utilizzando l'apposita procedura Internet di compilazione e invio on-line, disponibile sul sito dell'Istituto www.inps.it.

La comunicazione deve essere effettuata entro 5 giorni dalla trasformazione, proroga o cessazione del rapporto di lavoro.

● Istruzioni per la compilazione del modulo

Il modulo è articolato in 7 sezioni. E' obbligatorio compilare la Sezione 1, mentre delle altre sezioni compilare solo quella per la quale necessita comunicare la variazione.

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

1) Campo obbligatorio.

Per il **CODICE RAPPORTO DI LAVORO** indicare il codice comunicato dall'INPS al momento della denuncia di assunzione.

2) Il **codice fiscale** può essere variato rispetto a quello comunicato precedentemente soltanto se ne sia stato attribuito uno diverso dall'anagrafe tributaria o risulta errato.

3) **Data in cui ha inizio il rapporto di lavoro trasformato.**

4) **Inserire la tipologia della TRASFORMAZIONE:**

DI da tempo determinato a tempo indeterminato

TL trasferimento del lavoratore (si intende il caso in cui il lavoratore svolga l'attività in abitazione a disposizione del datore di lavoro diversa da quella comunicata precedentemente, il cui indirizzo deve essere indicato nella sez. 2).

5) **Da compilare solo se il rapporto di lavoro è a termine**, nei casi in cui lo stesso venga prorogato oltre il termine stabilito inizialmente, senza una trasformazione del rapporto stesso.

6) **Compilare per comunicare la data di cessazione di un rapporto di lavoro a tempo indeterminato**, ovvero di lavoro a tempo determinato se la cessazione è antecedente o posteriore a quella originariamente comunicata.

7) **CODICE CESSAZIONE**

LI LICENZIAMENTO

DI DIMISSIONI

DG DIMISSIONI GIUSTA CAUSA

DP DIMISSIONE DURANTE IL PERIODO DI PROVA

PP MANCATO SUPERAMENTO DEL PERIODO DI PROVA

MT MODIFICA DEL TERMINE INIZIALMENTE FISSATO

DE DECESSO

PE PENSIONAMENTO

AL ALTRO

LG LICENZIAMENTO GIUSTA CAUSA

8) I campi della Sezione 6 devono essere compilati solo se diversi da quelli comunicati precedentemente.

9) Indicare, alternativamente, COLF o BADANTE.

10) Inserire il numero di ore settimanali, arrotondando gli eventuali decimali sempre per eccesso.

11) Deve essere indicata, alternativamente, la retribuzione mensile o oraria concordata con il lavoratore.

12) La sezione deve essere compilata solo se, per una qualsiasi ragione, il rapporto di lavoro di cui si è data comunicazione preventiva non si instauri effettivamente. In questo caso il datore di lavoro è tenuto a darne immediata comunicazione all'Inps, comunque non oltre i 5 giorni successivi.

13) Nel caso di analfabetismo, il segno di croce deve essere autenticato dalla firma di 2 testimoni.

14) 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.



Comunicazione obbligatoria variazioni del rapporto di lavoro domestico - 1/2

ALL'UFFICIO INPS DI

Sezione 1 - Dati rapporto di lavoro

CODICE RAPPORTO DI LAVORO (1)

Datore di lavoro persona fisica

COGNOME

NOME

CODICE FISCALE

Datore di lavoro persona giuridica

DENOMINAZIONE DELLA COMUNITA' RELIGIOSA O CONVIVENZA MILITARE

CODICE FISCALE

Lavoratore

COGNOME

NOME

CODICE FISCALE

Sezione 2 - Variazione anagrafica

CODICE FISCALE DATORE DI LAVORO (2)

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 (se diverso dall'indirizzo di residenza)

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

PRESSO

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

FRAZIONE

COMUNE indicare il comune anche per le frazioni

PROV.

CAP

TELEFONO



Comunicazione obbligatoria variazioni del rapporto di lavoro domestico - 2/2

- Lavoratore

CODICE FISCALE LAVORATORE (2)

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

COMUNE indicare il comune anche per le frazioni PROV. CAP

TELEFONO CELLULARE

Sezione 3 - Trasformazione

DATA TRASFORMAZIONE (3) CODICE TRASFORMAZIONE (4)

Sezione 4 - Proroga

DATA FINE PROROGA (5)

Sezione 5 - Cessazione

DATA CESSAZIONE (6) CODICE CESSAZIONE (7)

Sezione 6 - Dati rapporto (8)

COLF (9) BADANTE (9) ORE SETTIMANALI (10)

RETRIBUZIONE / COMPENSO MENSILE (11) RETRIBUZIONE ORARIA (11)

Sezione 7 - Annullamento rapporto di lavoro (12)

- Il rapporto di lavoro non si è effettivamente instaurato

data _____ Firma del datore di lavoro (13) (14) _____

● 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 (13) (14) _____

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. Il loro elenco completo ed aggiornato è disponibile sul sito www.inps.it.

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.