



## Richiesta di rimborso dei buoni per lavoro occasionale accessorio non utilizzati - 1/2

ALL'UFFICIO INPS DI

COGNOME   NOME

NATO A   IL  GG/MM/AAAA

CODICE FISCALE   CITTADINANZA

RESIDENTE IN   PROV.

INDIRIZZO   CAP

in qualità di titolare o legale rappresentante della Azienda \_\_\_\_\_  
 codice fiscale / partita IVA \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_  
 città \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

**Dichiara**

di aver acquistato n. \_\_\_\_\_ buoni lavoro per la seguente attività:

- lavori domestici
- insegnamento privato supplementare
- attività agricole
- lavori di giardinaggio, pulizia e manutenzione di edifici, strade, parchi e monumenti
- manifestazioni sportive, culturali, fieristiche o caritatevoli, e di lavori di emergenze o di solidarietà
- attività in altri settori
- impresa familiare (art. 230 bis c.c.)
- consegna porta a porta e vendita ambulante di stampa quotidiana e periodica

**Richiede**

- il rimborso per n° \_\_\_\_\_ buoni lavoro cartacei non utilizzati

Numero identificativo del voucher restituito	Dati del bollettino postale (1)			
	Data del versamento	Frazionario	VCY	Importo in euro

- il rimborso di importo di € \_\_\_\_\_ per buoni lavoro non utilizzati registrati tramite procedura telematica

Versamento in caso di procedura telematica effettuato tramite:

- modello F24
- bollettino su C/C postale
- pagamento on line

Dati del bollettino postale

Data del versamento \_\_\_\_\_ Frazionario \_\_\_\_\_ VCY \_\_\_\_\_ Importo € \_\_\_\_\_



## Richiesta di rimborso dei buoni per lavoro occasionale accessorio non utilizzati - 2/2

### ● Motivazione del mancato utilizzo:

- acquisto eccessivo rispetto all'effettiva esigenza
- mancata effettuazione attività (specificare motivo) \_\_\_\_\_
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

### ● Richiede il pagamento del rimborso tramite:

(barrare la casella corrispondente)

- bonifico domiciliato (riscossione presso Poste)
- conto corrente bancario nominativo

Banca \_\_\_\_\_ Agenzia n. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

codice IBAN \_\_\_\_\_ codice BIC (2) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

Documento: \_\_\_\_\_ Numero: \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Sono 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 \_\_\_\_\_

## 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.*

(1) In caso di acquisto da parte di una Associazione di categoria e/o di impossibilità per il richiedente di indicarli, i dati del bollettino di versamento saranno verificati dalla Sede.

(2) Da utilizzare solo per i bonifici internazionali.