

**OGGETTO: DOMANDA DI RIATTIVAZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA**

<b>Il/La sottoscritto/a</b>														
<b>Nato/a a</b>												<b>il</b>		
<b>Residente in (Via/P.zza)</b>												<b>n.</b>		
<b>CAP e città</b>														
<b>e-mail</b>												<b>@</b>		
<b>PEC (obbligatoria)</b>												<b>@</b>		
<b>Recapiti telefonici</b>														
<b>Partita IVA</b>														
<b>Codice Fiscale</b>														

**DICHIARA**

di aver letto e compreso le informazioni fornite a norma dell'art.23 del D.lgs. 196/2003 e dell'art. 7 del Regolamento UE n. 2016/679.

**E PRESTA**

libero, specifico, informato ed inequivocabile consenso al trattamento dei dati personali al fine di garantire continuità dei trattamenti, per i dovuti adempimenti amministrativi e per tutte le altre attività connesse, compresa la comunicazione dei dati nelle forme e nei modi indicati nell'informativa pubblicata sul sito [www.inpgi.it](http://www.inpgi.it), nella voce "privacy".

Data |

firma | \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA PRIVACY** - Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003 e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679, recante disposizione in materia di protezione dei dati personali, si rendono le seguenti informazioni:

- l'identità ed i dati di contatto del titolare del trattamento e del responsabile della protezione dei dati;
- le finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali nonché la base giuridica;
- gli eventuali destinatari o categorie di destinatari dei dati personali;
- il periodo di conservazione dei dati personali o i criteri utilizzati per determinare tale periodo;
- i diritti dell'interessato (tra cui il diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento e il diritto di proporre reclamo);
- la comunicazione o la diffusione dei dati personali a soggetti pubblici o privati sarà effettuata solo se prevista da norme di legge o di regolamento o se risulta necessaria.

Con la sottoscrizione del presente modulo, acconsento al trattamento dei dati personali secondo le modalità di cui all'informativa pubblicata sul sito [www.inpgi.it](http://www.inpgi.it) alla voce privacy.

**Mod. RI-ATT-POS**

<b>Il/La sottoscritto/a</b>	
<b>consapevole delle sanzioni penali e civili previste in caso di dichiarazioni false o mendaci, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità dichiara:</b>	
<b>di essere nato/a</b>	a _____ il _____
Di essere Iscritto all'Ordine dei Giornalisti: REGIONE _____	
_  elenco professionisti dal ___/___/_____ al ___/___/_____ ;	
_  elenco pubblicisti dal ___/___/_____ al ___/___/_____ ;	
_  registro praticanti dal ___/___/_____ al ___/___/_____ ;	

**D I C H I A R A, inoltre**

di aver ripreso l'attività giornalistica libero-professionale

- A) con partita IVA a decorrere dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_
- B) con ritenuta d'acconto a decorrere dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_
- C) con cessione di diritto d'autore a decorrere dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**E CHIEDE**

la riattivazione della posizione contributiva INPGI.

*Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da false attestazioni, dichiara sotto la propria responsabilità che quanto esposto nella presente comunicazione risponde al vero.*

*Qualora intervengano variazioni rispetto all'attività dichiarata, il sottoscritto si impegna a darne comunicazione all'Istituto entro 30 giorni.*

Data |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Firma |\_\_\_\_\_

[N.B. Allegare fotocopia di un valido documento di identità.](#)