

OGGETTO: COMUNICAZIONE DI CESSAZIONE ATTIVITA' E SOSPENSIONE POSIZIONE ASSICURATIVA

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

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, 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 alla voce privacy.

Mod. CESS-ATT

Il/La sottoscritto/a

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:

di essere nato/a

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**

1) che a far data dal ___/___/_____ **ha cessato l'attività giornalistica autonoma** e chiede, pertanto, la sospensione dal versamento dei contributi alla Gestione INPGI dall'anno di presentazione della presente richiesta.

2) che, a decorrere dalla data indicata nel punto precedente ad oggi, non ha conseguito alcun reddito connesso allo svolgimento di attività giornalistica autonoma.

3) che, ove tale attività dovesse riprendere, ne darà comunicazione all'Istituto entro 30 (trenta) giorni.

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.

AVVERTENZE:

Gli anni di inattività, in presenza di contributi minimi versati, non comportano la perdita dell'anzianità d'iscrizione.

Nel caso siano state attivate procedure di riscossione mediante ruoli per il recupero di crediti riferiti agli anni di inattività, contattare il Settore per la regolarizzazione della posizione.