

All. 3

Spett.li

Sede INPS _____

Comitato Amministratore del Fondo
FS di cui al D.I. n. 86984/2015 c/o
INPS, Via Ciro il Grande, n. 21, 00144
- Roma

Società _____

Oggetto: Comunicazione svolgimento attività di lavoro per i percettori di assegno straordinario del Fondo per il perseguimento di politiche attive a sostegno del reddito e dell'occupazione per il personale delle Società del Gruppo Ferrovie dello Stato Italiane di cui al D.I. n. 86984/2015 (di seguito Fondo di sostegno FS)

Io sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____
codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____
via/piazza _____ n. _____ cap _____

Titolare del seguente assegno straordinario a carico del Fondo di sostegno FS ed erogato dall'INPS:

sede _____ cat. _____ n. _____

- dichiaro, sotto la mia responsabilità, ai sensi dell'art. 11, comma 7, del D.I. n. 86984/2015, che nell'anno _____ ho prestato attività lavorativa retribuita _____ (lavoro dipendente o autonomo), a favore di _____ con sede in _____, settore di attività _____ per il periodo dal _____ al _____;

- dichiaro, altresì, sotto la mia responsabilità, pena la decadenza dal diritto alla prestazione ai sensi dell'art. 11, comma 2, del D.I. n. 86984/2015, che l'attività lavorativa svolta non è un'attività in concorrenza secondo quanto previsto dall'art. 11, comma 1 del citato D.I. n. 86984/2015;
- dichiaro, ai fini di cui all'art. 11 del D.I. n. 86984/2015, di aver percepito, per la suddetta attività lavorativa, redditi da lavoro:
 - autonomo
 - dipendente

(solo nel caso in cui si indichi "reddito da lavoro dipendente", compilare la tabella di seguito riportata)

Redditi del titolare

Ammontare redditi lavoro dipendente	Anno di percezione	Mese di percezione

Obblighi di comunicazione

Il/la sottoscritto/a, è consapevole:

- che il lavoratore che percepisce l'assegno straordinario di sostegno al reddito è obbligato a dare tempestiva comunicazione all'ex datore di lavoro e al Fondo di sostegno FS, dell'instaurazione di successivi rapporti di lavoro dipendenti o autonomi, con specifica indicazione del nuovo datore di lavoro;
- che, in caso di inadempimento dell'obbligo di comunicazione di cui sopra, il lavoratore perde il diritto alla prestazione ed è tenuto a restituire le somme indebitamente percepite, oltre gli interessi e la rivalutazione capitale, e che la contribuzione correlata di cui all'art. 9 del D.I. n. 86984/2015 viene cancellata.

Dichiarazione di responsabilità

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara, sotto la propria responsabilità, che i dati indicati sono completi e veritieri

Data

Firma
