



Domanda di regolarizzazione

(articolo 1, commi 1192 - 1201 della legge 296/2006)

I datori di lavoro che hanno alle proprie dipendenze lavoratori completamente in nero (lavoratori che non risultano iscritti sui libri aziendali o per i quali non è stata effettuata alcuna comunicazione di assunzione o denuncia a Inail o per i quali non si possiede altra documentazione obbligatoria), hanno la possibilità di presentare domanda di regolarizzazione a Inps entro un periodo di tempo che va dal 1° gennaio al 30 settembre 2007.

Prima di presentare questo modulo di regolarizzazione, il datore di lavoro deve stipulare un accordo a livello aziendale con le organizzazioni sindacali che aderiscono alle associazioni nazionali. E' tenuto ad indicare le generalità dei lavoratori che intende regolarizzare ed i periodi da sanare. La regolarizzazione non potrà essere retrodatibile oltre cinque anni dalla data di presentazione della domanda. L'accordo sindacale è registrato davanti alla Commissione provinciale di conciliazione istituita presso ogni Direzione provinciale del lavoro. Sono ammessi alla procedura di emersione tutti i datori di lavoro, anche se sottoposti ad accertamenti ispettivi o destinatari di provvedimenti amministrativi o giurisdizionali non definiti. Gli effetti sono sospesi fino al completo assolvimento degli obblighi contributivi. Il datore di lavoro deve presentare questo modulo in duplice copia e la seconda parte va compilata per ogni lavoratore da regolarizzare. Deve inoltre versare almeno 1/5 dei 2/3 dei contributi dovuti e scegliere di versare a Inps e a Inail, in unica soluzione o in forma rateizzata, la restante parte dei contributi obbligatori. Il risparmio di 1/3 del contributo pieno è condizionato al mantenimento in servizio del lavoratore emerso per 24 mesi. A tal fine la norma dispone il pagamento della metà del beneficio (1/6 del contributo) contestualmente alla domanda. Tale somma sarà poi restituita per la metà, trascorsi i primi 12 mesi e per il residuo, trascorsi gli altri 12. Il lavoratore è escluso dal pagamento della quota a suo carico e il calcolo del trattamento previdenziale relativo al periodo regolarizzato è determinato sulla base delle quote contributive effettivamente versate.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

copia dell'accordo stipulato con le organizzazioni sindacali competenti;
contratto di lavoro subordinato di durata non inferiore a 2 anni;
copia del modello F24 attestante l'avvenuto versamento a Inps e a Inail.

ISTRUZIONI MODELLO F24

Deve essere compilata la sezione Inps del modello F24 indicando nella causale contributiva il codice EMDM. Per i versamenti a Inail deve essere compilata l'apposita sezione Inail del modello F24 con indicazione del codice della Sede, del codice Ditta e relativo controcodice, della causale "P" e del numero di riferimento 999600. Ai fini del calcolo di quanto dovuto, si ricorda che il premio deve essere maggiorato dell'addizionale dell'1%(ex art.181 Testo Unico).

DATI RELATIVI AL LAVORATORE DA REGOLARIZZARE

Per la compilazione della sezione Inps, la retribuzione da denunciare non può essere inferiore alle retribuzioni contrattuali e, se dovesse essere inferiore, deve essere adeguata ai minimali contributivi previsti per il tempo pieno.

Per la compilazione della sezione Inail, la retribuzione da denunciare non può essere inferiore alle retribuzioni contrattuali e, se dovesse essere inferiore, deve essere adeguata ai minimali contributivi previsti per il tempo pieno.

Nel caso di lavoratore da assicurare a più voci di tariffa, compilare più righe indicando per ogni voce di tariffa i relativi dati retributivi annuali.



Domanda di regolarizzazione (da compilare in due copie)

(ai sensi dell'art.1, commi 1192 – 1201 della Legge n.296/2006)

●	ALLA SEDE DI								
●	NOME		●	COGNOME					
●	CODICE FISCALE		●	NATO/A IL GG/MM/AAAA					
●	A		●	PROV.		●	STATO		
☐ Titolare ☐ Legale rappresentante									
●	DELLA DITTA								
●	SEDE LEGALE		●	PARTITA IVA					
●	INDIRIZZO						●	CAP	
●	TELEFONO		●	CELLULARE					
●	INDIRIZZO E-MAIL								

Iscritto all' Inps come:

- ☐ datore di lavoro con dipendenti: matricola _____ CSC _____
- ☐ datore di lavoro agricolo: matricola _____

Iscritto all'Inail con il codice ditta _____ C.C. _____

COMUNICO

La regolarizzazione di n. _____ lavoratori, i cui dati sono riportati in allegato, avvalendomi del procedimento di emersione del lavoro nero previsto dalla norma indicata sopra.

A tale proposito allego:

- copia dell'accordo stipulato in data _____ con le organizzazioni sindacali competenti;
- contratto di lavoro subordinato di durata non inferiore a 2 anni;
- copia del modello F24 attestante l'avvenuto versamento a Inps di Euro _____ pari alla metà dell'importo esentato (1/3 diviso 2) e:
 - ☐ dell'importo di Euro _____ pari ai 2/3 dei contributi evasi, oppure
 - ☐ dell'importo di Euro _____ pari a 1/5 dei 2/3 dei contributi evasi
- copia del modello F24 attestante l'avvenuto versamento a Inail di Euro _____ pari alla metà dell'importo esentato (1/3 diviso 2) e:
 - ☐ dell'importo di Euro _____ pari ai 2/3 dei premi evasi, oppure
 - ☐ dell'importo di Euro _____ pari a 1/5 dei 2/3 dei premi evasi



Modalità di pagamento

Scelgo di versare a Inps l'importo dei residui contributi:

- ☐ in unica soluzione
- ☐ in forma rateizzata, impegnandomi a corrispondere la restante parte dei contributi obbligatori, pari a euro _____, in 60 rate mensili ciascuna di importo pari a euro _____ di cui la prima alla scadenza del 16 ottobre 2007 e le successive al 16 di ogni mese.

Scelgo di versare a Inail l'importo dei residui premi assicurativi:

- ☐ in unica soluzione
- ☐ in forma rateizzata, impegnandomi a corrispondere la restante parte dei premi obbligatori, pari a euro _____, in 60 rate mensili ciascuna di importo pari a euro _____ di cui la prima alla scadenza del 16 ottobre 2007 e le successive al 16 di ogni mese.

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. 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 un'agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale o subprovinciale, anche per il tramite dell'agenzia stessa.

**DATI RELATIVI AL LAVORATORE REGOLARIZZATO:**

NOME		COGNOME		
CODICE FISCALE		NATO/A IL GG/MM/AAAA		
A		PROV.		
STATO		STATO		
RESIDENTE IN		PROV.		
STATO		STATO		
INDIRIZZO			CAP	
TELEFONO		CELLULARE		
INDIRIZZO E-MAIL				

Decorrenza del rapporto di lavoro subordinato: dal _____

Livello contrattuale

Periodo oggetto di regolarizzazione dal _____ al _____

DATI INPS

	Retribuzioni	Anno	Aliquota	Contributo	2/3	1/6
Euro						
Euro						
Euro						
Euro						
Euro						
TOTALE						

DATI INAIL

Numero PAT	Voce	Tasso applicato	ANNO	Retribuzioni	Di cui Silicosi/asbestosi