

**INPS**

Istituto Nazionale  
Previdenza Sociale



# Sostegno Inclusione Attiva

## Compilazione SIacom



21 aprile 2017

👍 **Esito positivo!** La domanda per il **Sostegno all'Inclusione Attiva** è stata acquisita correttamente.

Il numero identificativo generato è **281907**





















*E'possibile scaricare il file della domanda inviata in uno dei seguenti formati:*



€ [compila modulo SIA - Com](#)






🔄 [passa alla lista domande ...](#)

**Stato della domanda** 
**Richiedente** 
**Codice Fiscale** 
**Presentate dal**  
**al**

ID	data presentazione	stato domanda	codice fiscale	richiedente	azioni
281907	04/04/2017	Completata	I		    
281903	01/10/2016	Completata			    
251739	01/10/2016	Completata			    
251737	01/10/2016	Completata			    

Stato della domanda	Richiedente	Codice Fiscale	Presentate dal	al
selezionare...			gg/mm/aaaa	gg/mm/aaaa

ID	data presentazione	stato domanda	codice fiscale	richiedente	azioni
281907	04/04/2017	Completata	I	CARLUCCINI	    

OPERAZIONI:

◀ Indietro

✓ Salvataggio dati

Avanti ▶

[↻ ritorna alla lista domande ...](#)

▲ in alto

▼ in basso

Dati Soggetto

Dichiarazione

Responsabilità

Informativa

**mod.SIA-Com associato a domanda num.281907**

## Comunicazione degli eventi che hanno effetto sul pagamento del Sostegno all'Inclusione Attiva(SIA)

Ufficio INPS di competenza

ROMA

Codice Fiscale del richiedente il SIA

DATI IDENTIFICATIVI DEL SOGGETTO DICHIARANTE IN QUALITA' DI RICHIEDENTE IL SIA O APPARTENENTE AL SUO NUCLEO FAMILIARE

**Cognome(\*)**

per le donne indicare il cognome da nubile



(dato obbligatorio)

**Nome(\*)**



(dato obbligatorio)

**Data di nascita(\*)**

gg/mm/aaaa



(dato obbligatorio)

**Codice Fiscale(\*)**



Le domande prive del codice fiscale corretto non saranno esaminate

**Stato di nascita(\*)**

digitare prime lettere e selezionare



inserire il nome e premere invio: se estero, mostrerà il codice catastale

**Comune italiano/Località estera di nascita(\*)**

valorizzare dopo avere impostato 'Stato di nascita'



(dato obbligatorio)

**Data di presentazione del modulo SIA - Com(\*)**

gg/mm/aaaa



(dato obbligatorio)

OPERAZIONI:

◀ Indietro

✓ Salvataggio dati

Avanti ▶

[ritorna alla lista domande...](#)

↑ in alto  
↓ in basso

Dati Soggetto

Dichiarazione

Responsabilità

Informativa

**mod.SIA-Com associato a domanda num.281907**

## Sezione 2 - DICHIARAZIONE

### DICHIARAZIONE TIPOLOGIA E DATI DI DETTAGLIO DELLE VARIAZIONI LAVORATIVE / REDDITUALI

fornire i dati richiesti per una o più attività della tipologia di interesse; per eventuali modifiche delle attività inserite, utilizzare il bottone MODIFICA o quello CANCELLA

Si dichiara, durante il periodo di erogazione della prestazione,



di aver iniziato a svolgere un'attività di **lavoro subordinato** a **tempo indeterminato** :

+ aggiungi attività

*non sono presenti attività per questa tipologia*



di aver iniziato a svolgere un'attività di **lavoro subordinato** a **tempo determinato** :

+ aggiungi attività

*non sono presenti attività per questa tipologia*



di aver iniziato a svolgere un'attività **in forma autonoma** o di aver avviato un' **attività di impresa individuale** :

+ aggiungi attività

*non sono presenti attività per questa tipologia*



di aver iniziato a svolgere un'attività lavorativa **in forma parasubordinata** :

+ aggiungi attività

*non sono presenti attività per questa tipologia*





di aver iniziato a svolgere un'attività di **lavoro accessorio a tempo determinato** :


+ aggiungi attività


*non sono presenti attività per questa tipologia*

Inserire i dati della Variazione Lavorativa richiesti

**Data di inizio (\*)**  
   
(dato obbligatorio)

**Data di fine (\*)**  
 

**Importo presunto**  
   
(dato obbligatorio)

**Datore di lavoro**  
   
(dato obbligatorio)

*(\*) nell'anno corrente*

**Attività svolta**

in Italia    all'Estero  
(dato obbligatorio)



## Sezione 3 - RESPONSABILITA'

Le informazioni reddituali del nucleo familiare percettore di **SIA**, valide ai fini **ISEE**, sono valorizzate per le ipotesi di compatibilità e cumulabilità dei redditi da lavoro con il **SIA** e per la verifica della permanenza del requisito della condizione economica di bisogno (art.4, comma 3, D.I. del 29.10.2015).

### Dichiarazione di responsabilità

- Si dichiara che tutte le notizie fornite nel presente **modulo SIA - Com** ai sensi degli *artt.46, 47 e 48 del D.P.R. n.445/2000* ed i documenti ad esso allegati rispondono a verità.
- Si dichiara altresì di essere consapevoli delle conseguenze previste per chi rende dichiarazioni false (*artt.48, 75 e 76 del D.P.R. n.445/2000*).

**Si prende atto di tutto quanto riportato e dichiarato nella presente pagina**

OPERAZIONI:

◀ Indietro

✓ Salvataggio dati

Avanti ▶

[↻ ritorna alla lista domande ...](#)

▲ in alto

▼ in basso

Dati Soggetto

Dichiarazione

Responsabilità

Informativa

**mod.SIA-Com associato a domanda num.281907**

## Sezione 4 - INFORMATIVA

### **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 seguente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice in materia di protezione dei dati personali (d'ora in avanti "Codice"), da altre leggi e da regolamenti, al fine di definire l'istanza e svolgere le eventuali altre funzioni istituzionali ad essa connesse. Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati ed istruiti, secondo logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti. I suoi dati personali potranno essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche o a privati soltanto alle condizioni previste dal Codice e solo eccezionalmente potranno essere conosciuti da altri soggetti, che forniscono servizi per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili per il trattamento dei dati personali designati dall'Istituto. Il conferimento dei dati non contrassegnati con un asterisco è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano. L'Inps la informa, infine, che può esercitare i diritti previsti 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, anche per il tramite dell'agenzia stessa.

OPERAZIONI:    ◀ Indietro    ✓ Salvataggio dati    Avanti ▶