

DICHIARAZIONE DEL DATORE DI LAVORO PER LA CONCESSIONE DELL'INDENNITA' DI DISOCCUPAZIONE O DI MOBILITA'

(da allegare al mod.DS.21)

(Fornire le notizie e barrare le caselle che interessano)

A DATI IDENTIFICATIVI DEL DATORE DI LAVORO

DENOMINAZIONE		COD.FISCALE O PARTITA IVA			
MATICOLA INPS	C.S.C.	CODICE AUTORIZZAZIONE	SEDE INPS DI ISCRIZIONE		
ATTIVITA' ESERCITATA:	INDUSTRIALE NON EDILE	EDILE O AFFINE	ALTRE(SPECIFICARE ATTIVITA')		
E' SOGGETTA AL VERSAMENTO DEL CONTRIBUTO PER GLI INTERVENTI STRAORDINARI DI INTEGRAZIONE SALARIALE			<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">SI</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">NO</td> </tr> </table>	SI	NO
SI	NO				

B DATI ANAGRAFICI DEL DIPENDENTE

COGNOME	NOME	COGNOME DEL MARITO
CODICE FISCALE	SESSO DATA DI NASCITA	COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA
INDIRIZZO(VIA/PIAZZA)	COMUNE	PROV.

C DATI RELATIVI AL RAPPORTO DI LAVORO (RIFERITI AL MOMENTO DELLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO)

DENOMINAZIONE STABILIMENTO/CANTIERE/UNITA' PRODUTTIVA PRESSO CUI PRESTAVA SERVIZIO LA DIPENDENTE	DATA DI ASSUNZIONE ORARIO CONTRATTUALE SETTIMANALE																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">QUALIFICA RIVESTITA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>OPERAIO</td><td></td></tr> <tr><td>IMPIEGATO</td><td></td></tr> <tr><td>QUADRO</td><td></td></tr> <tr><td>DIRIGENTE</td><td></td></tr> <tr><td>LAVOR.A DOMICILIO</td><td></td></tr> <tr><td>APPRENDISTA</td><td></td></tr> <tr><td>ALTRO</td><td></td></tr> </tbody> </table>	QUALIFICA RIVESTITA		OPERAIO		IMPIEGATO		QUADRO		DIRIGENTE		LAVOR.A DOMICILIO		APPRENDISTA		ALTRO		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">TIPO DI CONTRATTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>TEMPO INDETERMINATO</td><td></td></tr> <tr><td>TEMPO DETERMINATO</td><td></td></tr> <tr><td>STAGIONALE</td><td></td></tr> <tr><td>PART TIME ORIZZONTALE</td><td></td></tr> <tr><td>PART TIME VERTICALE</td><td></td></tr> <tr><td>ALTRO(SPECIFICARE TIPO DI CONTRATTO</td><td></td></tr> </tbody> </table>	TIPO DI CONTRATTO		TEMPO INDETERMINATO		TEMPO DETERMINATO		STAGIONALE		PART TIME ORIZZONTALE		PART TIME VERTICALE		ALTRO(SPECIFICARE TIPO DI CONTRATTO	
QUALIFICA RIVESTITA																															
OPERAIO																															
IMPIEGATO																															
QUADRO																															
DIRIGENTE																															
LAVOR.A DOMICILIO																															
APPRENDISTA																															
ALTRO																															
TIPO DI CONTRATTO																															
TEMPO INDETERMINATO																															
TEMPO DETERMINATO																															
STAGIONALE																															
PART TIME ORIZZONTALE																															
PART TIME VERTICALE																															
ALTRO(SPECIFICARE TIPO DI CONTRATTO																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">INTERRUZIONE RAPPORTO DI LAVORO</th> </tr> <tr> <th>A SEGUITO DI</th> <th>DATA</th> <th>MOTIVO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SOSPENSIONE</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>DIMISSIONI</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>LICenziAMENTO</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">CON DIRITTO ALL'INDENNITA' DI MANCATO PREAVVISO</td> </tr> <tr> <td colspan="3">FINO AL</td> </tr> </tbody> </table>		INTERRUZIONE RAPPORTO DI LAVORO			A SEGUITO DI	DATA	MOTIVO	SOSPENSIONE			DIMISSIONI			LICenziAMENTO			CON DIRITTO ALL'INDENNITA' DI MANCATO PREAVVISO			FINO AL											
INTERRUZIONE RAPPORTO DI LAVORO																															
A SEGUITO DI	DATA	MOTIVO																													
SOSPENSIONE																															
DIMISSIONI																															
LICenziAMENTO																															
CON DIRITTO ALL'INDENNITA' DI MANCATO PREAVVISO																															
FINO AL																															

D DATI RELATIVI AI PERIODI DI LAVORO NEI DUE ANNI PRECEDENTI LA RISOLUZIONE O SOSPENSIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO

MESI	ANNO		ANNO		ANNO	
	RETRIBUZIONE	N.Sett.	RETRIBUZIONE	N.Sett.	RETRIBUZIONE	N.Sett.
GENNAIO						
FEBBRAIO						
MARZO						
APRILE						
MAGGIO						
GIUGNO						
LUGLIO						
AGOSTO						
SETTEMBRE						
OTTOBRE						
NOVEMBRE						
DICEMBRE						
TOTALE						

PERIODI DI SOSPENSIONE (MALATTIA, MATERNITA', CIG, INFORTUNIO, MILITARE, ECC.)		
DAL	AL	MOTIVO

PERIODI DI APPRENDISTATO			
DAL	AL	DAL	AL

E DATI RELATIVI AI TRE MESI PRECEDENTI LA DATA DI CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO PER DETERMINARE L'INDENNITA' ORDINARIA DI DISOCCUPAZIONE

EMOLUMENTI AL LORDO DI QUALSIASI RITENUTA (COMPRESI I RATEI DI MENSILITA' AGGIUNTIVE)		GIORNATE LAVORATE (COMPRESI SABATI, DOMENICHE E FESTIVITA' INFRASETTIMANALI)	MOTIVO DELLE EVENTUALI ASSENZE EFFETTUATE NEL TRIMESTRE	N. GIORNI
IMPORTO COMPLESSIVO EURO	IMPORTO GIORNALIERO EURO			
		N.	MALATTIA	
			MATERNITA'	
			INFORTUNIO	
			SERVIZIO MILITARE O EQUIPARATO	
			SCIOPERO	
			PERMESSI NON RETRIBUITI	
CONFORMITA' DELLA RETRIBUZIONE AL CONTRATTO DI LAVORO			ALTRI MOTIVI	
			TOTALE GIORNATE DI ASSENZA	

F DATI RELATIVI ALLE ULTIME QUATTRO SETTIMANE EFFETTIVAMENTE LAVORATE (Riservato ad aziende edili o affini) PER DETERMINARE IL TRATTAMENTO SPECIALE EDILIZIA

IMPORTO COMPLESSIVO EMOLUMENTI SPETTANTI (AL LORDO DI QUALSIASI RITENUTA)				IN CASO DI RISOLUZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO SUCCESSIVO A PERIODO DI SOSPENSIONE CON DOMANDA DI INTEGRAZIONE SALARIALE RESPINTA INDICARE:
DAL	AL	ORE	EURO	
				-DATA DI TRASMISSIONE DELL'ELENCO DEI LAVORATORI PER I QUALI E' STATA INOLTATA DOMANDA DI INTEGRAZIONE SALARIALE
				-MOTIVO DELLA REIEZIONE DELLA DOMANDA DI CIG: _____
TOTALE				-DATA DI PRESENTAZIONE EVENTUALE RICORSO _____

G DATI PER LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITA' DI MOBILITA' (DA COMPILARE PER I LAVORATORI ISCRITTI NELLE LISTE DI MOBILITA')

MOTIVO DELLA MESSA IN MOBILITA' DEL DIPENDENTE	IL LAVORATORE E' INCLUSO NELL'ELENCO NOMINATIVO INVIATO ALL'UFFICIO REGIONALE DEL LAVORO DI _____ IN DATA _____
RIDUZIONE DI PERSONALE	IL LAVORATORE PUO' FAR VALERE PRESSO L'AZIENDA PERIODI DI LAVORO EFFETTIVO PER MESI: <input type="checkbox"/> 6 (LEGGE 223/91, ART. 16, C. 1) <input type="checkbox"/> 18 (LEGGE 223/91, ART. 11, C. 2) <input type="checkbox"/> 24 (LEGGE 451/94, ART. 3, C. 3) (*VANNO COMPRESI PERIODI DI FERIE, INFORTUNI, FESTIVITA' INFRASETTIMANALE E SOSPENSIONE PER GRAVIDANZA E PUERPERIO.
CESSAZIONE DI ATTIVITA'	
CESSAZIONE DEL TRATTAMENTO STRAORDINARIO DI INTEGRAZIONE SALARIALE	

LA RETRIBUZIONE ORARIA SPETTANTE AL LAVORATORE NEL PERIODO IMMEDIATAMENTE PRECEDENTE LA RISOLUZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO (COMPRESIVA DEI RATEI DI MENSILITA' AGGIUNTIVE) E' DI EURO : _____	ORARIO CONTRATTUALE SETTIMANALE NUMERO ORE : _____
---	--

L'IMPORTO DELL'ANTICIPAZIONE SULLE MENSILITA' DOVUTE E' COMPRESO NEL VERSAMENTO COME SOTTOSPECIFICATO				
IMPORTO VERSAMENTO	N.LAVORATORI	DATA DEL VERSAMENTO	NUMERO C.C.P.	SEDE INPS DI

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL TITOLARE/LEGALE RAPPRESENTANTE DELL'IMPRESA

IL SOTTOSCRITTO _____ CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE CIVILI E PENALI PREVISTE PER COLORO CHE RENDONO DICHIARAZIONI FALSE, DICHIARA CHE LE NOTIZIE FORNITE RISPONDONO A VERITA' E SONO CONFORMI ALLA DOCUMENTAZIONE AZIENDALE ED ALLE RISULTANZE DEI LIBRI PAGA E MATRICOLA.

DATA _____ TIMBRO E FIRMA _____