

DOMANDA DI PRESTAZIONE DI DISOCCUPAZIONE

(fornire le notizie richieste e barrare le caselle che interessano)

Sede INPS DI _____

DOMANDA N. _____

A DATI RELATIVI AL/ALLA RICHIEDENTE

<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
COGNOME		NOME		M/F
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
COGNOME DEL MARITO		CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA		PROV.	COMUNE (O STATO ESTERO) DI RESIDENZA	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		NUMERO TELEFONICO	
PROV.	INDIRIZZO (Via, Fraz. Piazza, etc, N. civico)			

B TIPO DI PRESTAZIONE RICHIESTA

<input type="checkbox"/> Disoccupazione ordinaria	<input type="checkbox"/> Disoccupazione con i requisiti ridotti	<input type="checkbox"/> Trattamento speciale edile	<input type="checkbox"/> Indennità di mobilità	<input type="checkbox"/> Indennità per i rimpatriati	<input type="checkbox"/> Indennità per i frontalieri
<input type="checkbox"/> Indennità convenzione U.E. (ex CEE)	<input type="checkbox"/> Altra (indicare).....	<input type="checkbox"/> Assegno per il nucleo familiare (vedi mod. Anf/Prest.allegato)			

C MODALITA' DI PAGAMENTO DELLA PRESTAZIONE

ASSEGNO CIRCOLARE

ACCREDITO SUL C.C. BANCARIO / POSTALE

(Indicare le coordinate) CIN(1) CODICE BANCA/POSTA (2) CODICE CAB (3) CODICE CLIENTE (4)

(1) costituito da una sola lettera, es. A, B etc; (2) costituito da cinque numeri che identificano la Banca o la Posta; (3) costituito da cinque numeri che identificano l'agenzia presso cui il/la richiedente ha il conto corrente; (4) costituito da massimo dodici caratteri che identificano il numero di conto corrente del/della richiedente.

D DATI RELATIVI AL PRIMO E ALL'ULTIMO RAPPORTO DI LAVORO DIPENDENTE DEL/DELLA RICHIEDENTE

PRIMO RAPPORTO DI LAVORO DIPENDENTE (nell'arco della vita lavorativa)	ULTIMO RAPPORTO DI LAVORO DIPENDENTE					
	DATA INIZIALE	DATA FINALE	QUALIFICA RIVESTITA	MOTIVO DELLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO	DATORE DI LAVORO	
					DENOMINAZIONE	INDIRIZZO (Fraz./Via,P.zza N.,Cap.Comune, Prov.)
DATA INIZIALE			Operaio	Licenziamento		
			Impiegato	Dimissioni		
			Quadro	Sospensione		
			Dirigente	Rimpatrio (*)		
			Apprendista	(*)data		

E MANDATO DI ASSISTENZA E RAPPRESENTANZA

IL/LA SOTTOSCRITT.... DELEGA IL PATRONATO A RAPPRESENTARL..... ED ASSISTERL..... GRATUITAMENTE PER LO SVOLGIMENTO DELLA PRATICA RELATIVA ALL'OGGETTO DELLA PRESENTE DOMANDA. INOLTRE, AVENDO RICEVUTO , A NORMA DI QUANTO PREVISTO DALL'ART. 10 DELLA LEGGE 675/96, L'INFORMATIVA SUL "TRATTAMENTO" DEI PROPRI DATI PERSONALI, IVI COMPRESI I DATI SENSIBILI DI CUI ALL' ART. 22 DELLA LEGGE MEDESIMA : 1) CONSENTE IL LORO "TRATTAMENTO" PER IL CONSEGUIMENTO DELLE FINALITA' DEL PRESENTE MANDATO E DEGLI SCOPI STATUTARI DEL PATRONATO 2)CONSENTE CHE GLI STESSI SIANO COMUNICATI ALL'INPS; 3)CONSENTE ALL'INPS IL "TRATTAMENTO" DEI DATI MEDESIMI PER GLI ADEMPIMENTI DEGLI OBBLIGHI PREVISTI DALLA NORMATIVA; 4) CONSENTE LA COMUNICAZIONE DEI DATI AD ALTRI ENTI COMPETENTI ALLA TRATTAZIONE DELLA PRATICA; 5)CONSENTE IL TRASFERIMENTO ALL'ESTERO DEI DATI NEI CASI DI PRESTAZIONI IN REGIME INTERNAZIONALE; 6) NON CONSENTE QUANTO INDICATO AI PUNTI

DATA FIRMA TIMBRO DEL PATRONATO E FIRMA DELL'OPERATORE AUTORIZZATO A RICEVERE IL MANDATO

F DELEGA PER LA TRATTENUTA DELLE QUOTE SINDACALI

IL/LA RICHIEDENTE AUTORIZZA L'INPS - AI SENSI DELL'ART. 2 DELLA LEGGE 27.12.1973 N. 852 - AD EFFETTUARE SULL'INDENNITA' SPETTANTE - IN BASE ALLA PRESENTE DOMANDA - A TITOLO DI QUOTA ASSOCIATIVA, LA TRATTENUTA DI DA VERSARE ALLA SEGUENTE ORGANIZZAZIONE SINDACALE (Indicare la sigla).....INOLTRE, AVENDO RICEVUTO A NORMA DI QUANTO PREVISTO DALL'ART.10 DELLA LEGGE 675/96, L'INFORMATIVA SUL "TRATTAMENTO DEI PROPRI DATI PERSONALI: 1) CONSENTE IL LORO "TRATTAMENTO " PER LE FINALITA' PREVISTE DALLO STATUTO DELL'ASSOCIAZIONE; 2) CONSENTE CHE GLI STESSI SIANO COMUNICATI ALL'INPS; 3) CONSENTE ALL'INPS IL "TRATTAMENTO" DEI DATI MEDESIMI PER I PROPRI FINI ISTITUZIONALI E PER GLI ADEMPIMENTI DEGLI OBBLIGHI PREVISTI DALLA LEGGE E DALLA CONVENZIONE CON L'ASSOCIAZIONE SUINDICATA; 4) NON CONSENTE QUANTO INDICATO AI PUNTI:

DATA FIRMA TIMBRO DELL'ASSOCIAZIONE SINDACALE E FIRMA DEL RAPPRESENTANTE

RICEVUTA DOMANDA

SEDE DI..... Il/La Sig.....HA PRESENTATO IN DATA ODIERNA DOMANDA DI DISOCCUPAZIONE N.....ALLEGANDO:

Mod. DS.22 Mod. DS.22 LD Mod. DL.86/88bis Mod.CI.07/C Mod. E301;E 303 N.....Mod. O1M/sost. Mod Anf.Prest. Dichiarazione di responsabilita'

Timbro e data Firma funzionario INPS.....

G ATTIVITA' SVOLTA NEI DUE ANNI PRECEDENTI LA DATA DI INTERRUZIONE DELL'ULTIMO RAPPORTO DI LAVORO O, SE VIENE RICHIESTA L'INDENNITA' CON I REQUISITI RIDOTTI, ATTIVITA' SVOLTA NELL'ANNO SOLARE PRECEDENTE A QUELLO DELLA RICHIESTA				
SETTORE NEL QUALE E' STATA SVOLTA L'ATTIVITA' LAVORATIVA(1)	DENOMINAZIONE DEL DATORE DI LAVORO (2)	PERIODO DI ATTIVITA' (3)		MOTIVO INTERRUZIONE DELL'ATTIVITA' (4)
		DAL	AL	

1) INDICARE SE : AGRICOLO; NON AGRICOLO; DOMESTICO; FRONTALIERO; MARITTIMO; STAGIONALE; ALL'ESTERO; IN PROGETTO LSU/LPU; ATTIVITA' AUTONOMA; SOCIO DI COOPERATIVA; COLLABORAZIONI COORDINATE E CONTINUATIVE etc.

2) INDICARE SE: AZIENDA; ENTE; STATO ESTERO PRESSO CUI E' STATA SVOLTA L'ATTIVITA' etc.

3) SE INSEGNANTE ALLEGARE EVENTUALE NOMINA IN RUOLO.

4) INDICARE SE PER LICENZIAMENTO; DIMISSIONI; SOSPENSIONE.

H SITUAZIONI SOGGETTIVE DEL/DELLA RICHIEDENTE INTERVENUTE NEI DUE ANNI PRECEDENTI LA DATA DI INTERRUZIONE DEL'ULTIMO RAPPORTO DI LAVORO (barrare la casella che interessa)					
MALATTIA	SI	NO	MATERNITA' GRAVIDANZA E PUERPERIO	SI	NO
INFORTUNIO	SI	NO	INTEGRAZIONE SALARIALE (AGRICOLA, NON AGRICOLA)	SI	NO
SERVIZIO DI LEVA O EQUIPARATO	SI	NO	INDENNITA' DI DISOCCUPAZIONE	SI	NO
ESPATRIO IN PAESE COMUNITARIO/NON COMUNITARIO (cancellare l'ipotesi che non ricorre)	SI	NO	SOSPENSIONE DI ATTIVITA' LAVORATIVA	SI	NO
PASSAGGIO DI RUOLO (per gli/le insegnanti)	SI	NO	ALTRO (specificare)	SI	NO

NB: IN CASO DI RICHIESTA DI INDENNITA' DI DISOCCUPAZIONE CON REQUISITI RIDOTTI, DEVE ESSERE PRESO IN CONSIDERAZIONE SOLTANTO UN ANNO E PRECISAMENTE L'ANNO SOLARE IMMEDIATAMENTE PRECEDENTE L'ANNO DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA.

I DATI RELATIVI ALLA TITOLARITA' O MENO DELLA PENSIONE O DELL'ASSEGNO DI INCOLLOCABILITA' DEL/DELLA RICHIEDENTE					
RICHIESTA/BENEFICIO DI PENSIONE INPS OVVERO DI ALTRO ENTE O STATO ESTERO			RICHIESTA/BENEFICIO DI ASSEGNO DI INCOLLOCABILITA' PER MUTILATI ED INVALIDI DI GUERRA O DI SERVIZIO		
E' STATA FATTA RICHIESTA		BENEFICIA DELLA SOTTINDICATA PENSIONE	E' STATA FATTA RICHIESTA		BENEFICIA DELL'ASSEGNO DI INCOLLOCABILITA'
DENOMINAZIONE ENTE O STATO ESTERO	DATA DI DECORRENZA	IMPORTO EURO	DENOMINAZIONE ENTE O STATO ESTERO	DATA DI DECORRENZA	IMPORTO EURO

NB: contrassegnare la casella corrispondente e fornire le notizie richieste

L OPZIONE DEL/DELLA RICHIEDENTE (da compilare nel caso in cui sia beneficiario di pensione o assegno di invalidita')	
IL/LA SOTTOSCRITT.....RICHIEDENTE L'INDENNITA' DI MOBILITA' E TITOLARE DI PENSIONE/ASSEGNO DI INVALIDITA', DICHIARA DI OPTARE (limitatamente al periodo della concessione) PER L' EROGAZIONE DELL'INDENNITA' DI MOBILITA'.	
DATA.....	FIRMA.....

M DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL/DELLA RICHIEDENTE	
<p>CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE CIVILI E PENALI PREVISTE PER COLORO CHE RENDONO ATTESTAZIONI FALSE, DICHIARO CHE LE NOTIZIE FORNITE RISPONDONO A VERITA'. LE AMMINISTRAZIONI SONO TENUTE A CONTROLLARE LA VERIDICITA' DELLE DICHIARAZIONI. IN CASO DI DICHIARAZIONE FALSA, IL CITTADINO PUO' SUBIRE UNA CONDANNA PENALE E DECADE DAGLI EVENTUALI BENEFICI OTTENUTI CON L'AUTOCERTIFICAZIONE.</p> <p>MI IMPEGNO, ALTRESI', A COMUNICARE QUALSIASI VARIAZIONE DOVESSE INTERVENIRE NELLA SITUAZIONE AUTOCERTIFICATA ENTRO 30 GIORNI DALL'AVVENUTO CAMBIAMENTO. PRESO ATTO DELL'INFORMATIVA FORNITAMI AI SENSI DELL'ART. 10 DELLA LEGGE 31.12.1996, N. 675, ACCONSENTO, QUALORA NECESSARIO, ALL'ISTRUZIONE, ALLA DEFINIZIONE E ALLA COMUNICAZIONE INERENTE LA RICHIESTA: 1)AL TRATTAMENTO DI EVENTUALI DATI SENSIBILI; 2) AL TRASFERIMENTO DEI MIEI DATI PERSONALI E SENSIBILI ALL'ESTERO; 3) ALLA COMUNICAZIONE DEI MIEI DATI PERSONALI E SENSIBILI A SOGGETTI CHE GESTISCONO SERVIZI INFORMATICI, DI POSTALIZZAZIONE E ARCHIVIAZIONE ED AL TRATTAMENTO DEI DATI STESSI DA PARTE DI TALI SOGGETTI</p> <p>4) ALLA COMUNICAZIONE DEI MIEI DATI SENSIBILI, AI FINI DIVERSI DA QUELLI CONNESSI ALLA PRESENTE DOMANDA, AD ALTRI ENTI O AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE OVE CIO' SIA NECESSARIO PER LO SVOLGIMENTO DELLE RISPETTIVE FUNZIONI ISTITUZIONALI.</p> <p>CONSAPEVOLE DEL FATTO CHE IL MANCATO CONSENSO PUO' COMPORTARE L'IMPOSSIBILITA' DI DEFINIRE LA PRESENTE RICHIESTA OVVERO UN NOTEVOLE RITARDO NELLA DEFINIZIONE DELLA STESSA, NON CONSENTO QUANTO INDICATO AI PUNTI</p>	
DATA.....	FIRMA.....

N.B.: I nominativi del responsabile del procedimento e del responsabile del provvedimento potranno essere rilevati dagli avvisi al pubblico esposti nei locali degli uffici INPS, competenti per la successiva trattazione della pratica, presso i quali l'assicurato/a può rivolgersi per prendere visione e chiedere informazioni sulla domanda, anche telefonicamente.

AVVERTENZE

TIPO DI PRESTAZIONE		REQUISITI RICHIESTI		A CHI SPETTA
INDENNITA' DI DISOCCUPAZIONE ORDINARIA		-	ISCRIZIONE NELLE LISTE DEI DISOCCUPATI	LAVORATORI DIPENDENTI NON AGRICOLI (OPERAI, IMPIEGATI, QUADRI, DIRIGENTI, LAV. A DOMICILIO), LAV. DOMESTICI, LAV. MARITTIMI, SOCI LAVORATORI
		-	DUE ANNI DI ANZIANITA' ASSICURATIVA	
		-	52 CONTRIBUTI SETTIMANALI NEL BIENNIO	
INDENNITA' DI DISOCCUPAZIONE CON REQUISITI RIDOTTI		-	DUE ANNI DI ANZIANITA' ASSICURATIVA	OPERAI, IMPIEGATI, QUADRI, DIRIGENTI, LAVORATORI A DOMICILIO, APPRENDISTI, SOCI LAVORATORI, INSEGNANTI
		-	78 GIORNATE DI LAVORO PRESTATO NELL'ANNO PER IL QUALE E' RICHIESTA L'INDENNITA'	
TRATTAMENTO SPECIALE EDILE				
Legge 427/75	90 GIORNI DI TRATTAMENTO	-	ISCRIZIONE NELLE LISTE DEI DISOCCUPATI	OPERAI - IMPIEGATI
		-	ALMENO 43 CONTRIBUTI SETTIMANALI O 10 MENSILI PER LAVORO PRESTATO IN EDILIZIA	
Legge 223/91 art.11,c.2	18 MESI DI TRATTAMENTO (27 MESI NELLE AREE DEL MEZZOGIORNO)	-	ISCRIZIONE NELLE LISTE DI MOBILITA'	OPERAI - IMPIEGATI
		-	ALMENO 18 MESI DI LAVORO EFFETTIVO	
Legge 451/94 art.2.c.3	18 MESI DI TRATTAMENTO (27 MESI NELLE AREE DEL MEZZOGIORNO)	-	ISCRIZIONE NELLA LISTA DI MOBILITA'	OPERAI - IMPIEGATI
		-	ANZIANITA' AZIENDALE 36 MESI	
		-	LAVORO EFFETTIVO 24 MESI	
INDENNITA' DI MOBILITA'		-	ISCRIZIONE NELLA LISTA DI MOBILITA'	OPERAI - IMPIEGATI - QUADRI
		-	12 MESI (come minimo) DI ANZIANITA' AZIENDALE DI CUI ALMENO 6 MESI DI EFFETTIVO LAVORO	
		-		
INDENNITA' AI RIMPATRIATI	1 ^a RICHIESTA	-	LICENZIAMENTO	OPERAI - IMPIEGATI
		-	RIMPATRIO ENTRO 180 GIORNI DALLA DATA DI LICENZIAMENTO	
	RICHIESTE SUCCESSIVE	-	ISCRIZIONE NELLE LISTE DEI DISOCCUPATI ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DEL RIMPATRIO	
		-	OLTRE AI SUDDETTI REQUISITI, IL LAVORATORE DEVE FAR VALERE 12 MESI DI LAVORO DI CUI 7 MESI ALL'ESTERO	
INDENNITA' AI FRONTALIERI (SVIZZERA)		-	ISCRIZIONE NELLE LISTE DEI DISOCCUPATI	OPERAI - IMPIEGATI
		-	ALMENO 1 ANNO DI LAVORO NEI DUE ANNI PRECEDENTI CON CONTRIBUZIONE IN SVIZZERA	
INDENNITA' IN CONVENZIONE U.E		-	ISCRIZIONE NELLE LISTE DEI DISOCCUPATI	OPERAI - IMPIEGATI
		-	DUE ANNI DI ANZIANITA' ASSICURATIVA E 52 CONTRIBUTI SETTIMANALI	

AI FINI DI UNA TEMPESTIVA ISTRUZIONE E DEFINIZIONE DELLA DOMANDA STESSA, IL/LA RICHIEDENTE DEVE FORNIRE TUTTE LE NOTIZIE RICHIESTE CON IL MODELLO DS.21, ALLEGANDO LA DOCUMENTAZIONE PREVISTA A SECONDA DEL CASO CHE RICORRE (sempreche' la stessa documentazione non sia stata allegata a precedente domanda). INOLTRE, SE VIENE RICHIESTO ANCHE L'ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE, ALLEGARE IL MOD. ANF/PREST DEBITAMENTE COMPILATO E CORREDATO DALLA DOCUMENTAZIONE PRESCRITTA

TIPO DI PRESTAZIONE	LAVORATORI	TIPO DI DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE
INDENNITA' DI DISOCCUPAZIONE	LAVORATORI DIPENDENTI NON AGRICOLI	MOD. DS 22 E CERTIFICATO DI ISCRIZIONE NELLE LISTE DEI DISOCCUPATI MOD.01/M SOST. PER PERIODI DI LAVORO PRESTATI NEL BIENNIO E NON INDICATI NEL MOD. DS.22
	ADDETTI AI SERVIZI DOMESTICI E FAMILIARI	MOD. DS 22 LD E CERTIFICATO DI ISCRIZIONE NELLE LISTE DEI DISOCCUPATI FOTOCOPIE DEI C.C.P. ATTESTANTI IL VERSAMENTO DEI CONTRIBUTI RELATIVI ALL'ULTIMO BIENNIO E NON INDICATI NEL MOD. DS.22 LD
	LAVORATORI MARITTIMI	MOD. DS 22 E CERTIFICATO DI ISCRIZIONE NELLE LISTE DEI DISOCCUPATI MOD C.I.07/C RILASCIATO DALLA COMPETENTE CAPITANERIA DI PORTO PER PERIODI DI IMBARCO NEL BIENNIO PRECEDENTE LA CESSAZIONE DELL'ULTIMO RAPPORTO DI LAVORO.
INDENNITA' DI DISOCCUPAZIONE CON I REQUISITI RIDOTTI	LAVORATORI DIP. NON AGRICOLI, LAV. A DOMICILIO, SOCI LAVORATORI, INSEGNANTI	MOD. DL. 86/88 /bis CERTIFICATO DI ISCRIZIONE NELLE LISTE DEI DISOCCUPATI (SOLO SOCI LAVORATORI)
INDENNITA' FRONTALIERI	LAVORATORI FRONTALIERI	ATTESTATO RILASCIATO DALL'ULTIMO DATORE DI LAVORO E CERTIFICATO DI ISCRIZIONE NELLE LISTE DEI DISOCCUPATI
INDENNITA' RIMPATRIATI DA PAESI EXTRA COMUNITARI	LAVORATORI CHE HANNO PRESTATO ATTIVITA' IN PAESI EXTRA COMUNITARI	DICHIARAZIONE DEL DATORE DI LAVORO ESTERO CON DATA E MOTIVO DELLA RISOLUZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO E CERTIFICATO DI ISCRIZIONE NELLE LISTE DEI DISOCCUPATI
INDENNITA' IN CONVENZIONE U.E.	LAVORATORI CHE HANNO PRESTATO ATTIVITA' IN PAESI DELL'U.E.	MODD. E 301, E 303, RILASCIATI DALL'ISTITUZIONE COMPETENTE DELL'ULTIMO PAESE DI OCCUPAZIONE FACENTE PARTE DELL'UNIONE EUROPEA

NB: L' ISCRIZIONE NELLE LISTE DEI DISOCCUPATI PUO' ESSERE CERTIFICATA TRAMITE L'ATTESTATO DI ISCRIZIONE RILASCIATO DAL SERVIZIO PER L'IMPIEGO OVVERO DA UNA DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL/DELLA RICHIEDENTE ATTESTANTE LA SUA ISCRIZIONE NELLE LISTE DEI DISOCCUPATI DEL COMUNE DI.....A DECORRERE DAL.....

NOTA BENE: La dichiarazione di responsabilità del/della richiedente deve essere rilasciata davanti ad un pubblico ufficiale ovvero, se spedita, accompagnata dalla fotocopia di un valido documento di riconoscimento.