

**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	
MATRICOLA 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			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

**B DATI ANAGRAFICI DEL DIPENDENTE**

COGNOME	NOME		COGNOME DEL MARITO	
CODICE FISCALE	SESSO	DATA DI NASCITA	COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA	PROV.
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
<b>QUALIFICA RIVESTITA</b>	<b>TIPO DI CONTRATTO</b>	<b>INTERRUZIONE RAPPORTO DI LAVORO</b>	
OPERAIO	TEMPO INDETERMINATO	A SEGUITO DI	DATA    MOTIVO
IMPIEGATO	TEMPO DETERMINATO	SOSPENSIONE	
QUADRO	STAGIONALE	DIMISSIONI	
DIRIGENTE	PART TIME ORIZZONTALE	LICenziAMENTO	
LAVOR.A DOMICILIO	PART TIME VERTICALE	CON DIRITTO ALL'INDENNITA' DI MANCATO PREAVVISO	
APPRENDISTA	ALTRO(SPECIFICARE TIPO DI CONTRATTO .....	FINO AL .....	
ALTRO .....			

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

MESI	ANNO .....		ANNO .....		ANNO .....		PERIODI DI SOSPENSIONE (MALATTIA, MATERNITA', CIG, INFORTUNIO, MILITARE, ECC.)		
	RETRIBUZIONE	N.Sett.	RETRIBUZIONE	N.Sett.	RETRIBUZIONE	N.Sett.	DAL	AL	MOTIVO
GENNAIO									
FEBBRAIO									
MARZO									
APRILE									
MAGGIO									
GIUGNO									
LUGLIO									
AGOSTO									
SETTEMBRE									
OTTOBRE									
NOVEMBRE									
DICEMBRE									
TOTALE									

  

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) IMPORTO COMPLESSIVO EURO      IMPORTO GIORNALIERO EURO		GIORNATE LAVORATE (COMPRESI SABATI, DOMENICHE E FESTIVITA' INFRASETTIMANALI) N.	MOTIVO DELLE EVENTUALI ASSENZE EFFETTUATE NEL TRIMESTRE MALATTIA MATERNITA' INFORTUNIO SERVIZIO MILITARE O EQUIPARATO SCIOPERO PERMESSI NON RETRIBUITI ALTRI MOTIVI TOTALE GIORNATE DI ASSENZA	N. GIORNI
CONFORMITA' DELLA RETRIBUZIONE AL CONTRATTO DI LAVORO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI				

**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: -DATA DI TRASMISSIONE DELL'ELENCO DEI LAVORATORI PER I QUALI E' STATA INOLTATA DOMANDA DI INTEGRAZIONE SALARIALE -MOTIVO DELLA REIEZIONE DELLA DOMANDA DI CIG: _____ _____ -DATA DI PRESENTAZIONE EVENTUALE RICORSO _____
DAL	AL	ORE	EURO	
TOTALE				

**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 RIDUZIONE DI PERSONALE CESSAZIONE DI ATTIVITA' CESSAZIONE DEL TRATTAMENTO STRAORDINARIO DI INTEGRAZIONE SALARIALE	IL LAVORATORE E' INCLUSO NELL'ELENCO NOMINATIVO INVIATO ALL'UFFICIO REGIONALE DEL LAVORO DI _____ IN DATA _____ 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.
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

LA RETRIBUZIONE ORARIA SPETTANTE AL LAVORATORE NEL PERIODO IMMEDIATAMENTE PRECEDENTE LA RISOLUZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO (COMPENSIVA 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 \_\_\_\_\_