



DOMANDA DI PRESTAZIONE DI DISOCCUPAZIONE

Sede
INPSdi

DOMANDA n.

Modello
DS21

Quadro A **Dati del richiedente**

Copia conforme al modello ministeriale - www.inps.it

<input type="text"/>	Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Data di nascita	
<input type="text"/>	Cognome del marito	<input type="text"/>	Codice fiscale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	M / F	
<input type="text"/>	Comune o Stato estero di nascita	<input type="text"/>	Prov	<input type="text"/>	Cittadinanza		
<input type="text"/>	Comune di residenza / Domicilio	<input type="text"/>					Indirizzo
<input type="text"/>	C.A.P.	<input type="text"/>	Prov.	<input type="text"/>	Telefono	<input type="text"/>	
<input type="text"/>						E-mail	

Quadro B **Tipologia di prestazione richiesta**

Disoccupazione ordinaria
 Disoccupazione con requisiti ridotti
 Indennità di mobilità
 Indennità per rimpatriati
 Indennità per frontaliere
 Indennità convenzione U.E. (ex CEE)
 Trattamento speciale edile
 Assegno per il nucleo familiare
 Altro (indicare)

Tavola 1 Dichiarazioni e informazioni relative alla concessione delle prestazioni ed alle condizioni di accertamento dei dati personali

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiaro di aver reso dichiarazione di immediata disponibilità al lavoro al:

<input type="text"/>	CENTRO PER L'IMPIEGO DEL COMUNE DI	<input type="text"/>	In data
<input type="text"/>	Firma del richiedente	<input type="text"/>	Data

IL DIRITTO E' SALVO SOLO SE IL RICHIEDENTE RISULTA DISOCCUPATO

Il richiedente dovrà comunicare entro 5 giorni la data in cui si verifica un qualsiasi evento che influisce sulla Sua condizione di disoccupato.

Con il modello DS56 bis potrà inoltre - in presenza di trattamenti diversi dell'indennità di mobilità, requisiti ridotti, trattamenti speciali edili di durata superiore a 90 giorni - dichiarare la Sua condizione ininterrotta di disoccupato, dopo la scadenza del termine massimo pagabile.

Si sottolinea l'obbligo della restituzione del modello DS56 bis che consentirà al richiedente di ottenere il saldo dell'indennità di disoccupazione ed il riconoscimento della contribuzione figurativa.

Tavola 2 **Dichiarazione di responsabilità del richiedente**

Consapevole delle conseguenze civili previste per coloro che rendono false attestazioni, dichiaro sotto la mia responsabilità che le notizie fornite in tutti i quadri della presente domanda, rispondono a verità. Mi impegno inoltre a fornire tempestivamente all'INPS notizie inerenti:

- Eventuale impugnativa dell'atto di licenziamento;
- Qualsiasi evento che possa influire sul mio stato di disoccupazione (perdita dello stato di disoccupato, avviamento al lavoro, trasferimento all'estero) e sul diritto a percepire il relativo trattamento.

Sono a conoscenza che la mancata o tardiva denuncia delle situazioni sopra indicate comporterà, oltre alle responsabilità civili previste dalla legge, il recupero delle somme che risulteranno percepite indebitamente. Autorizzo l'INPS ad utilizzare i dati forniti esclusivamente per il procedimento amministrativo in corso (decreto legislativo n. 196/2003).

<input type="text"/>	Firma del richiedente	<input type="text"/>	Data
----------------------	-----------------------	----------------------	------

STUDIO 74 - Tel. 0445 540515 - Fax 0445 540523 - www.studio74.it

Cognome _____

Codice fiscale _____

Quadro C **Dati relativi al primo / ultimo rapporto di lavoro dipendente**

Fornire le informazioni richieste

Data iniziale del rapporto di lavoro dipendente (X) _____

(X) Riportare la data iniziale del primo rapporto di lavoro dipendente nell'arco dell'intera vita lavorativa

Non compilare i seguenti dati se la domanda interessa la disoccupazione con i requisiti ridotti

Data INIZIALE dell'ultimo rapporto di lavoro _____

Data FINALE dell'ultimo rapporto di lavoro _____

Rivestivo la qualifica di: Operaio Impiegato Quadro Dirigente Apprendista

Cessato per: Licenziamento Dimissioni Sospensione Rimpatrio in data _____

Denominazione dell'ultimo datore di lavoro _____

Comune _____

Indirizzo _____

Prov. _____

C.A.P. _____

Quadro D **Dati relativi al periodo di contribuzione / assicurazione da attività lavorativa**

Fornire le informazioni richieste

- A Nel caso di domanda di disoccupazione con requisiti ridotti, devono essere dichiarati tutti i rapporti di lavoro intervenuti nell'anno solare precedente.
- B Nel caso di domanda che interessa qualsiasi altra indennità di cui al quadro B, considerare i due anni precedenti la data di interruzione del rapporto di lavoro.

Settore nel quale è stata svolta l'attività ¹	Denominazione del datore di lavoro ²	Periodo di attività dal / al		Motivo d'interruzione ³

1) Indicare se: Agricolo, non agricolo, domestico, frontaliero, marittimo, stagionale, all'estero, in progetto LSU / LPU, a domicilio, attività autonoma, socio di cooperativa, collaborazioni coordinate continuative etc. **2) Indicare se:** Azienda, Ente, Stato Estero presso cui è stata svolta l'attività. **3) Indicare se:** per licenziamento, dimissioni, sospensione.
N.B.: Se insegnante allegare eventuale certificato di servizio.

Quadro E **Dati relativi alla situazione soggettiva**

Considerare l'anno o gli anni secondo le indicazioni [A] e [B] del quadro D

Malattia	SI	NO	Inizio periodo	Fine periodo
Maternità (obbligatoria, facoltativa)	SI	NO	Inizio periodo	Fine periodo
Infortunio	SI	NO	Inizio periodo	Fine periodo
Servizio militare di leva (o equiparato)	SI	NO	Inizio periodo	Fine periodo
Integrazione salariale (CIG - CIGS)	SI	NO	Inizio periodo	Fine periodo
Indennità di disoccupazione (precedentemente percepita)	SI	NO	Inizio periodo	Fine periodo
Sospensione di attività lavorativa	SI	NO	Inizio periodo	Fine periodo
Passaggio in ruolo (per insegnanti)	SI	NO	Inizio periodo	Fine periodo
Attività autonoma / Collaborazione	SI	NO	Inizio periodo	Fine periodo
Altro _____	SI	NO	Inizio periodo	Fine periodo

Modello
DS21

Cognome

Codice fiscale

Quadro F **Dati relativi alla titolarità di pensione**

F

Fornire le informazioni richieste e barrare le caselle di specifico interesse

Ha fatto richiesta ovvero beneficia di pensione SI NO Con decorrenza _____ Pensione INPS Altro Ente o Stato Estero

Tipo di pensione: Diretta Indiretta Rendita per infortunio Invalidità civile

Indicare Ente erogatore di pensione _____

Quadro G **Dati relativi all'assegno di incollocabilità**

G

Fornire le informazioni richieste e barrare le caselle di specifico interesse

E' stata fatta richiesta Beneficia dell'assegno di incollocabilità **PER** Mutilati o invalidi di guerra Mutilati o invalidi di servizio

Denominazione Ente o Stato Estero _____ Con decorrenza _____

Quadro H **Dichiarazione di opzione (PENSIONE / ASSEGNO DI INVALIDITA' e INDENNITA' DI MOBILITA')**

H

Il richiedente, titolare di pensione / assegno di invalidità **dichiara di optare** per **l'erogazione dell'indennità di mobilità** (limitatamente al periodo della concessione)

Firma del richiedente _____ Data _____

Quadro I **Modalità di pagamento**

I

(1) è costituito da una sola lettera (es.: A o B ecc.) (2) è costituito da cinque numeri che identificano la Banca/Posta
(3) è costituito da cinque numeri che identificano l'agenzia presso cui vi è il conto corrente
(4) è costituito da max 12 caratteri che identificano il numero di conto corrente del/della richiedente

Assegno Circolare Accredito sul c.c. Bancario / Postale

CIN	Cod. ABI/PT	Codice CAB	CODICE CLIENTE
(1)	(2)	(3)	(4)

Coordinate Bancarie / Postali _____

Quadro L **Mandato di assistenza e rappresentanza**

L

Delego il patronato sotto indicato, a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente per lo svolgimento della pratica relativa all'oggetto della presente domanda, inoltre, avendo ricevuto, a norma di quanto previsto dall'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, l'informativa sul trattamento dei propri dati personali, ivi compresi i dati sensibili di cui all'art. 4 della norma medesima, acconsento:

- 1) al loro trattamento per il conseguimento delle finalità del presente mandato e degli scopi statutari del patronato;
- 2) che gli stessi siano comunicati all'INPS;
- 3) all'INPS di trattare i dati medesimi per gli adempimenti degli obblighi previsti dalla normativa;
- 4) alla comunicazione dei dati medesimi ad altri Enti competenti alla trattazione della pratica;
- 5) al trasferimento all'estero dei dati nei casi di prestazioni in regime internazionale;

Non consento quanto indicato ai punti

timbro del patronato
firma dell'operatore

Denominazione del Patronato scelto _____

Firma del richiedente _____ Data _____

Quadro M **Delega per la trattenuta delle quote sindacali**

M

Autorizzo l'INPS, ai sensi dell'Art. 2 della Legge 27.12.1973 n.852 - Art. 18 L. n.223/1991, ad effettuare sull'indennità spettante - in base alla presente domanda - a titolo di quota associativa, la trattenuta nella misura di cui alla convenzione da versare alla sotto indicata Organizzazione Sindacale, inoltre avendo ricevuto a norma di quanto previsto dall'Art. 13 del D. Lgs. 196/2003, l'informativa sul "trattamento" dei propri dati personali acconsento:

- 1) il loro trattamento per le finalità previste dallo statuto dell'Associazione;
- 2) che gli stessi siano comunicati all'INPS;
- 3) all'INPS di trattare i dati medesimi per i propri fini istituzionali e per gli adempimenti degli obblighi previsti dalla legge e dalla convenzione con l'Associazione sotto indicata.

Non consento quanto indicato ai punti

Timbro dell'Associazione Sindacale
e firma del Rappresentante

Organizzazione Sindacale scelta _____

Firma del richiedente _____ Data _____

Quadro N Dati relativi alla composizione del Nucleo familiare (compreso il richiedente)

I SEGUENTI DATI VANNO FORNITI UNICAMENTE NEL CASO DI RICHIESTA DI ASSEGNO PER NUCLEO FAMILIARE

X	Cognome / Nome	Codice fiscale	Parentela	Comune di nascita	Data di nascita
<input type="checkbox"/>			1		
<input type="checkbox"/>			1		
<input type="checkbox"/>			1		
<input type="checkbox"/>			1		
<input type="checkbox"/>			1		
<input type="checkbox"/>			1		
<input type="checkbox"/>			1		

X) Nel caso la persona sia inabile segnare [I] nel caso la persona sia residente all'estero segnare [E]

1) Indicare il grado di parentela con il richiedente: (Coniuge = C) (Figlio/a = FG) (Sorella = SR) (Fratello = FR) (Nipote = NP)

Stato civile del richiedente Celibe / Nubile Coniugato/a Vedovo/a Divorziato/a Separato/a legalmente Abbandonato

Il richiedente autocertifica, ai sensi della L. 445/2000, che il nucleo familiare è composto come sopra indicato.

Dati relativi al reddito annuo conseguito dai componenti del nucleo familiare

Reddito dell'anno	Reddito assoggettabile all'IRPEF		Reddito esente da imposta o soggetto a ritenuta alla fonte a titolo di imposta o imposta sostitutiva	
Titolare del reddito	Da lavoro dipendente e assimilati	Altri redditi	Da lavoro dipendente e assimilati	Altri redditi
Richiedente				
Coniuge				
Familiare				
TOTALE				

Reddito dell'anno	Reddito assoggettabile all'IRPEF		Reddito esente da imposta o soggetto a ritenuta alla fonte a titolo di imposta o imposta sostitutiva	
Titolare del reddito	Da lavoro dipendente e assimilati	Altri redditi	Da lavoro dipendente e assimilati	Altri redditi
Richiedente				
Coniuge				
Familiare				
TOTALE				



Modello
DS21

Cognome

Codice fiscale

segue Quadro
N

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL CONIUGE DEL RICHIEDENTE

IL SOTTOSCRITTO CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE CIVILI E PENALI PREVISTE PER COLORO CHE RENDONO ATTESTAZIONI FALSE, DICHIARA DI NON PERCEPIRE E DI NON AVER RICHIESTO ALCUN TRATTAMENTO DI FAMIGLIA COMUNQUE DENOMINATO, ITALIANO O ESTERO PER LE PERSONE INDICATE AL QUADRO "N". IN CASO DI RICHIESTA DEL TRATTAMENTO DI FAMGLIA PER LE PREDETTE PERSONE PER IL PERIODO DI VALIDITA' DELLA PRESENTE DOMANDA, SI IMPEGNA A DARNE IMMEDIATA COMUNICAZIONE ALLA SEDE INPS CUI E' RIVOLTA LA PRESENTE DOMANDA.

DATA _____

FIRMA _____

Quadro
O

RICHIESTA DEL CONIUGE DELL'AVENTE DIRITTO ALL'EROGAZIONE DELL'ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE.

Cognome

Nome

Data di nascita

Codice Fiscale

M / F

Comune o Stato estero di nascita

Prov.

Cittadinanza

Comune di residenza / Domicilio

Indirizzo

C.A.P.

Prov.

Telefono

E-mail

IN QUALITA' DI CONIUGE DELL'AVENTE DIITTO DICHIARA, CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE CIVILI E PENALI PER COLORO CHE RENODONO DICHIARAZIONI FALSE, DI NON ESSERE TITOLARE DI UN AUTONOMO DIRITTO ALLA CORRESPONSIONE DELL'ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE, CHIEDE IL PAGAMENTO DELL'ASSEGNO AI SENSI DELL'ART. 1, COMMA 559, DELLA LEGGE 30 DICEMBRE 2004, n. 301

MODALITA' DI PAGAMENTO

Assegno circolare / Sportello Postale

CIN Cod. ABI/PT Codice CAB CODICE CLIENTE
(1) (2) (3) (4)

Accredito sul c/c bancario / postale

Coordinate Bancarie / Postali

- (1) è costituito da una sola lettera (es.: A o B ecc.)
- (2) è costituito da cinque numeri che identificano la Banca/Posta
- (3) è costituito da cinque numeri che identificano l'agenzia presso cui vi è il conto corrente
- (4) è costituito da max 12 caratteri che identificano il numero di conto corrente del/della richiedente

DATA _____

FIRMA _____



Quadro RICEVUTA DOMANDA

P Il richiedente qui di seguito riportato, ha presentato la domanda di trattamento di disoccupazione.

Cognome		Codice fiscale
Data di presentazione	DOMANDA n.	L'IMPIEGATO ADDETTO

La domanda è corredata
dei seguenti documenti

<input type="checkbox"/>	DS 22	<input type="checkbox"/>	DS 22Id	<input type="checkbox"/>	DL 86/88 bis	<input type="checkbox"/>	E 301/ E 303	<input type="checkbox"/>	Detraz. IRPEF	<input type="checkbox"/>	CUD
--------------------------	-------	--------------------------	---------	--------------------------	--------------	--------------------------	--------------	--------------------------	---------------	--------------------------	-----

Sono stati richiesti
i seguenti documenti

<input type="checkbox"/>	DS 22	<input type="checkbox"/>	DS 22Id	<input type="checkbox"/>	DL 86/88 bis	<input type="checkbox"/>	E 301/ E 303	<input type="checkbox"/>	Detraz. IRPEF	<input type="checkbox"/>	CUD
--------------------------	-------	--------------------------	---------	--------------------------	--------------	--------------------------	--------------	--------------------------	---------------	--------------------------	-----

I documenti mancanti devono essere prodotti entro e non oltre 30 giorni dalla data in cui sono richiesti. In difetto la pratica sarà definita allo stato degli atti.