

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)

Copia conforme al modello ministeriale - www.inps.it

A DATI IDENTIFICATIVI DEL DATORE DI LAVORO

		COD.FISCALE O PARTITA IVA	
DENOMINAZIONE			
MATICOLA INPS	C. S. C.	CODICE AUTORIZZAZIONE	SEDE INPS DI ISCRIZIONE
ATTIVITA' ESERCITATA: <input type="checkbox"/> INDUSTRIALE NON EDILE <input type="checkbox"/> EDILE O AFFINE <input type="checkbox"/> ALTRE (SPECIFICARE ATTIVITA')			
E' SOGGETTA AL VERSAMENTO DEL CONTRIBUTO PER GLI INTERVENTI STRAORDINARI DI INTEGRAZIONE SALARIALE			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

B DATI ANAGRAFICI DEL DIPENDENTE

		COGNOME DEL MARITO	
COGNOME		NOME	
CODICE FISCALE	SESSO	DATA DI NASCITA	COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA
			PROV. <input type="checkbox"/>
INDIRIZZO (VIA/PIAZZA)			COMUNE <input type="checkbox"/> PROV. <input type="checkbox"/>

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

		DATA DI ASSUNZIONE	ORARIO CONTRATTUALE SETTIMANALE
DENOMINAZIONE STABILIMENTO/CANTIERE/UNITA' PRODUTTIVA PRESSO CUI PRESTAVA SERVIZIO LA DIPENDENTE			
QUALIFICA RIVESTITA	TIPO DI CONTRATTO	INTERRUZIONE RAPPORTO DI LAVORO	
OPERAIO	TEMPO INDETERMINATO	A SEGUITO DI	DATA
IMPIEGATO	TEMPO DETERMINATO	SOSPENSIONE	MOTIVO
QUADRO	STAGIONALE	DIMISSIONI	
DIRIGENTE	PART TIME ORIZZONTALE	LICenziAMENTO	
LAVOR.A DOMICILIO	PART TIME VERTICALE	CON DIRITTO ALL'INDENNITA' DI MANCATO PREAVVISO FINO AL	
APPRENDISTA	ALTRO(SPECIFICARE TIPO DI CONTRATTO).....		
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

STUDIO 74 - Tel. 0445-540023 Fax 0445-540015 - www.studio74.it

Printed

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	
			ALTRI MOTIVI	
			TOTALE GIORNATE DI ASSENZA	

CONFORMITA' DELLA RETRIBUZIONE AL CONTRATTO DI LAVORO NO 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 AL 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	IL LAVORATORE E' INCLUSO NELL'ELENCO NOMINATIVO INVIATO ALL'UFFICIO REGIONALE DEL LAVORO DI _____ IN DATA _____
RIDUZIONE DI PERSONALE	
CESSAZIONE DI ATTIVITA'	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)
CESSAZIONE DEL TRATTAMENTO STRAORDINARIO DI INTEGRAZIONE SALARIALE	(*) 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 (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 SOTTO SPECIFICATO

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 _____

Copia conforme al modello ministeriale - www.inps.it

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

