

DOMANDA DI INTEGRAZIONE SALARIALE ORDINARIA (Legge 164/75 e successive integrazioni e modificazioni)

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

1^a richiesta
 proroga

Copia conforme al modello ministeriale - www.inps.it

A DATI RELATIVI ALL'AZIENDA									
DENOMINAZIONE DITTA						MATRICOLA AZIENDALE			
CODICE FISCALE		DATA INIZIO ATTIVITA' gg/mm/aaaa		MAESTRANZA IN FORZA		SEDE INPS OVE ACCENTRA I CONTRIBUTI			
INDIRIZZO SEDE (indicare il recapito ove inviare comunicazioni)						PROV.	C.A.P.	N. TELEFONICO	

B DATI RELATIVI ALL'UNITA' PRODUTTIVA (STABILIMENTO, REPARTO O SETTORE AUTONOMO)									
MATRICOLA (se diversa da quella di cui al q. A)		UBICAZIONE (Fraz. Via, Piazza, n. etc.)							
Altitudine	COMUNE	PROV.	DATA INIZIO ATTIVITA'		mensile	quattord.	settim.	Scadente il	

C PERIODO INTERESSATO - ORE DI CIG RICHIESTE - CAUSA DELLA CONTRAZIONE DI ATTIVITA'										
PERIODO DI INTERVENTO DAL			AL			SETTIMANE INTERE DI CALENDARIO N.			TOTALE ORE DI CIG. N.	
CAUSALE DELLA RIDUZIONE/SOSPENSIONE ATTIVITA'								CODICE		

D DISTINTA LAVORATORI IN FORZA ALL'INIZIO DEL PERIODO CIG RICHIESTO										
QUALIFICA RIVESTITA	A TEMPO PIENO		PART-TIME		FORM. E LAVORO		SOLIDARIETA'		TOTALE	
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE
OPERAI										
IMPIEGATI/QUADRI										
TOTALE										

E DISTINTA LAVORATORI PER I QUALI VIENE RICHIESTO L'INTERVENTO																		
QUALIFICA (all'inizio del periodo)	SOSPESI								ORARIO RIDOTTO									
	A TEMPO PIENO		PART-TIME		FORM. LAV.		TOTALE		A TEMPO PIENO		PART-TIME		FORM. LAV.		SOLIDARIETA'		TOTALE	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
OPERAI																		
IMP/QUADRI																		
TOTALE																		

F RIPRESA DI ATTIVITA'		
<input type="checkbox"/>	E' AVVENUTA (vedi Quadro S)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	E' PREVISTA (vedi Quadro S)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	NON E' PREVEDIBILE	

G DICHIARAZIONE DEL DATORE DI LAVORO/LEGALE RAPPRESENTANTE	
<p>IL/LA SOTTOSCRITT....., CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' CIVILI E PENALI PREVISTE PER COLORO CHE RENDONO DICHIARAZIONI FALSE O INESATTE, DICHIARA CHE LE NOTIZIE FORNITE CON IL PRESENTE MODELLO RISPONDONO A VERITA'. SI IMPEGNA, INOLTRE, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' A COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE OGNI VARIAZIONE CHE DOVESSE INTERVENIRE RISPETTO ALLE NOTIZIE FORNITE CON LA PRESENTE DOMANDA.</p>	
<p>DATA, <input style="width: 100%;" type="text"/></p>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <p>(Firma per esteso e leggibile e timbro della ditta)</p>

SPAZIO RISERVATO ALL'I.N.P.S.					
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
CODICE UNITA' PROD. V	CODICE INTERV.	DATA PRESENT. DOMANDA	N. DOMANDA	DATA ACQUISIZIONE	CODICE EVENTO

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

H DATI RELATIVI AI REPARTI E LAVORATORI ADDETTI AI REPARTI												
LAVORATORI	REPARTI IN CUI E' SUDDIVISO LO STABILIMENTO - per i settori autonomi indicare i distinti settori di lavorazione - (contrassegnare la relativa casella se il reparto è interessato alla CIG)											
	OPERAI	IMPIEGATI	OPERAI	IMPIEGATI	OPERAI	IMPIEGATI	OPERAI	IMPIEGATI	OPERAI	IMPIEGATI	OPERAI	IMPIEGATI
ADDETTI AL REPARTO												
INTERESSATI ALLA CIG												
ASSUNTI NEI 3 MESI PRECEDENTI												
LICENZIATI NEI 3 MESI PRECEDENTI												
LICENZIAMENTI EFFETTUATI O DA EFFETTUARE NEL CORSO O AL TERMINE DEL PERIODO DI CIG RICHIESTO (*)												
(*) MOTIVI DEGLI EVENTUALI LICENZIAMENTI												

I DATI RELATIVI ALLE ORE EFFETTUATE IN CIASCUNA SETTIMANA DAI LAVORATORI DISTINTI PER QUALIFICA											
ORARIO SETTIMANALE A TEMPO PIENO OPERAI:		DAL	AL	DI ORE	E MINUTI	ARTICOLATO SU GIORNI	5	6			
ORARIO SETTIMANALE A TEMPO PIENO IMPIEGATI:		DAL	AL	DI ORE	E MINUTI	ARTICOLATO SU GIORNI	5	6			
N. SETT.	QUALIFICA LAVORATORI	NUMERO LAVORATORI SOSPESI	NUMERO LAVORATORI AD ORARIO RIDOTTO								TOTALE ORE DI CIG RICHIESTE
			ORE MIN.	ORE MIN.	ORE MIN.	ORE MIN.	ORE MIN.	ORE MIN.	ORE MIN.	ORE MIN.	
1^	OPERAI										
	IMPIEGATI										
2^	OPERAI										
	IMPIEGATI										
3^	OPERAI										
	IMPIEGATI										
4^	OPERAI										
	IMPIEGATI										
5^	OPERAI										
	IMPIEGATI										
6^	OPERAI										
	IMPIEGATI										
7^	OPERAI										
	IMPIEGATI										
8^	OPERAI										
	IMPIEGATI										
9^	OPERAI										
	IMPIEGATI										
10^	OPERAI										
	IMPIEGATI										
11^	OPERAI										
	IMPIEGATI										
12^	OPERAI										
	IMPIEGATI										
13^	OPERAI										
	IMPIEGATI										

L													DATI RELATIVI ALLE ORE EFFETTUATE IN CIASCUNA SETTIMANA DAI LAVORATORI CHE HANNO LO STESSO ORARIO DI LAVORO DISTINTI PER QUALIFICA - CON PART-TIME ORIZZONTALE					
ORARIO SETTIMANALE A TEMPO PIENO OPERAI:			DAL			AL			DI ORE		E MINUTI		ARTICOLATO SU GIORNI		5	6		
ORARIO SETTIMANALE A TEMPO PIENO IMPIEGATI:			DAL			AL			DI ORE		E MINUTI		ARTICOLATO SU GIORNI		5	6		
N. SETT.	QUALIFICA LAVORATORI	NUMERO LAVORATORI SOSPESI	NUMERO LAVORATORI AD ORARIO RIDOTTO										TOTALE ORE DI CIG RICHIESTE					
			ORE MIN.	ORE MIN.	ORE MIN.	ORE MIN.	ORE MIN.	ORE MIN.	ORE MIN.	ORE MIN.	ORE MIN.	ORE MIN.						
1^	IMPIEGATI																	
	OPERAI																	
2^	IMPIEGATI																	
	OPERAI																	
3^	IMPIEGATI																	
	OPERAI																	
4^	IMPIEGATI																	
	OPERAI																	
5^	IMPIEGATI																	
	OPERAI																	
6^	IMPIEGATI																	
	OPERAI																	
7^	IMPIEGATI																	
	OPERAI																	
8^	IMPIEGATI																	
	OPERAI																	
9^	IMPIEGATI																	
	OPERAI																	
10^	IMPIEGATI																	
	OPERAI																	
11^	IMPIEGATI																	
	OPERAI																	
12^	IMPIEGATI																	
	OPERAI																	
13^	IMPIEGATI																	
	OPERAI																	

M																							ARTICOLAZIONE DELLE ORE EFFETTUATE IN OGNI GIORNO DELLA SETTIMANA PER CUI E' RICHIESTA LA CIG											
GG.	1^ SETTIMANA				2^ SETTIMANA				3^ SETTIMANA				4^ SETTIMANA				5^ SETTIMANA				6^ SETTIMANA													
	ORE DI				ORE DI				ORE DI				ORE DI				ORE DI				ORE DI													
	ORD.	STR.	REC.	Assenze	ORD.	STR.	REC.	Assenze	ORD.	STR.	REC.	Assenze	ORD.	STR.	REC.	Assenze	ORD.	STR.	REC.	Assenze	ORD.	STR.	REC.	Assenze										
LUN.																																		
MAR.																																		
MER.																																		
GIO.																																		
VEN.																																		
SAB.																																		
DOM.																																		
TOT.																																		
GG.	7^ SETTIMANA				8^ SETTIMANA				9^ SETTIMANA				10^ SETTIMANA				11^ SETTIMANA				12^ SETTIMANA													
	ORE DI				ORE DI				ORE DI				ORE DI				ORE DI				ORE DI													
	ORD.	STR.	REC.	Assenze	ORD.	STR.	REC.	Assenze	ORD.	STR.	REC.	Assenze	ORD.	STR.	REC.	Assenze	ORD.	STR.	REC.	Assenze	ORD.	STR.	REC.	Assenze										
LUN.																																		
MAR.																																		
MER.																																		
GIO.																																		
VEN.																																		
SAB.																																		
DOM.																																		
TOT.																																		

Copia conforme al modello ministeriale - www.inps.it

STUDIO 74 - Tel. 0445 540623 Fax 0445 540615 - www.studio74.it

N DATI RELATIVI AI PERIODI DI FERIE RETRIBUITE, RIPOSI COMPENSATIVI E PERMESSI RETRIBUITI							
N° GIORNI DI FERIE MATURATE E NON FRUITE		ULTERIORI GIORNI SPETTANTI PER			PERIODO DI FRUIZIONE FERIE		
NELL'ANNO PRECEDENTE	NELL'ANNO IN CORSO	FERIE AGGIUNTIVE	RIPOSI COMPENSATIVI	PERMESSI RETRIBUITI	DAL	AL	FISSATO IN BASE (*)

(*) indicare "A", se il periodo è fissato in base al C.C.N.L., "B" se al Contratto Provinciale, "C" se all'Accordo aziendale.

(DA COMPILARE PER LE FESTIVITA' INFRASETTIMANALI COMPRESSE NEL PERIODO RICHIESTO)

O FESTIVITA' INFRASETTIMANALI RICHIESTE PER LAVORATORI CHE NON PRESTANO ATTIVITA' DA OLTRE DUE SETTIMANE			
FESTIVITA' GIORNO E MESE		N° LAVORATORI	

(DA COMPILARE SE LA DOMANDA COMPRENDE LAVORATORI CON CONTRATTO DI SOLIDARIETA')

P DATI RELATIVI AL CONTRATTO DI SOLIDARIETA'							
DATA DEPOSITO CONTRATTO				DURATA CONTRATTO MESI N.			
ORARIO CONTRATTUALE SETTIMANALE OPERAI:	DAL	AL	DI ORE	E MINUTI	ARTICOLATO SU GIORNI	5	6
ORARIO CONTRATTUALE SETTIMANALE IMPIEGATI:	DAL	AL	DI ORE	E MINUTI	ARTICOLATO SU GIORNI	5	6

ORE INTEGRATE CON TRATTAMENTO STRAORDINARIO E ORE LAVORATE NELLE SETTIMANE CUI SI RIFERISCE LA PRESENTE DOMANDA (V. Quadro E)

QUALIFICA LAVORATORI	N. LAV.	1^ settimana		2^ settimana		3^ settimana		4^ settimana		5^ settimana		TOTALE ORE		RISERVATO INPS
		dal	al	dal	al	dal	al	dal	al	dal	al	Ore CIGS spettanti	Ore CIGS Lavorate	ORE AUTORIZZATE
		Ore CIGS spettanti	Ore CIGS Lavorate	Ore CIGS spettanti	Ore CIGS Lavorate	Ore CIGS spettanti	Ore CIGS Lavorate	Ore CIGS spettanti	Ore CIGS Lavorate	Ore CIGS spettanti	Ore CIGS Lavorate	Ore CIGS spettanti	Ore CIGS Lavorate	
OPERAI														
IMPIEGATI														
OPERAI														
IMPIEGATI														
OPERAI														
IMPIEGATI														
OPERAI														
IMPIEGATI														
OPERAI														
IMPIEGATI														
ORE RICHIESTE														

(DA COMPILARE SE LA DOMANDA COMPRENDE LAVORATORI ASSUNTI CON CONTRATTO DI FORMAZIONE)

Q DATI RELATIVI AL CONTRATTO DI FORMAZIONE E LAVORO										
PROGETTO APPROVATO	NOTIFICA CONTRATTO ALL'ISPETTORATO DEL LAVORO	DURATA Contratto	N. ORE DESTINATE ALL'ADDESTRAMENTO TEORICO			LAVORATORI INTERESSATI				ORARIO Contrattuale
			Giornaliere	Settimanali	Mensili	OPERAI		IMPIEGATI		
SI/NO	DATA	N. MESI				MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	

R PROCEDURA DI CONSULTAZIONE SINDACALE	
LA COMUNICAZIONE ALLE RAPPRESENTANZE SINDACALI AZIENDALI O, IN MANCANZA, ALLE ORGANIZZAZIONI SINDACALI PROVINCIALI PIU' RAPPRESENTATIVE E' STATA INVIATA IN DATA <input type="text"/> PROCEDURA DI CONSULTAZIONE SINDACALE E' AVVENUTA IN DATA <input type="text"/>	
NB = IN CASO DI MANCATA CONSULTAZIONE INDICARE MOTIVI	
.....	

S ULTERIORI DATI RELATIVI ALLA RIPRESA DI ATTIVITA'										
PERIODO DI RIPRESA ATTIVITA'		CON TUTTI I LAVORATORI INTERESSATI	OVVERO CON I SEGUENTI LAVORATORI				ORARIO SETTIMANALE	DURATA RIPRESA ATTIVITA'		DATA DELLA PREVISIONE DI RIPRESA ATTIVITA'
DAL	AL		OPERAI		IMP./QUADRI			CONTINUATIVA	NON CONTINUATIVA	
			SOSPESI	OR. RID.	SOSPESI	OR. RID.				

ELEMENTI SU CUI SI BASA LA PREVISIONE DI RIPRESA ATTIVITA'

T**MOTIVI DELLA PROROGA**

(DA COMPILARE PER LE RICHIESTE DI PROROGA OLTRE LE 13 SETTIMANE)

MOTIVI CHE HANNO DETERMINATO L'ESIGENZA ECCEZIONALE PER L'IMPRESA DI CHIEDERE LA PROROGA OLTRE I PRIMI TRE MESI CONTINUATIVI	MOTIVI PER I QUALI NON SI E' REALIZZATA LA RIPRESA DELL'ATTIVITA' PRODUTTIVA PREVISTA NELLA PRECEDENTE DOMANDA

U**DATI RELATIVI A SOSTE RICORRENTI**

PERIODI IN CUI SI VERIFICA LA SOSTA		MOTIVO DELLA FLESSIONE PRODUTTIVA
DAL	AL	

V**DATI RELATIVI ALLA PROCEDURA CONCORSALE E AD ALTRE PROCEDURE**

TIPO DI PROCEDURA	DATA	TIPO DI PROCEDURA	DATA
ISTANZA DI FALLIMENTO PRESENTATA		AMMINISTRAZIONE STRAORDINARIA	
FALLIMENTO DICHIARATO		LIQUID.COATTA AMMINISTR.DISPOSTA	
AMMISSIONE AL CONCORDATO PREVENTIVO		LIQUIDAZIONE DELL'IMPRESA DELIBERATA (fornire risposta se trattasi di società)	

Z**DATI RELATIVI A RICHIESTE DI INTERVENTO STRAORDINARIO**

E' STATA AVANZATA RICHIESTA DI INTERVENTO STRAORDINARIO PER LO STESSO PERIODO DI CUI ALLA PRESENTE DOMANDA, OVVERO PER UN PERIODO PIU' AMPIO IN DATA

PER(indicare la causale) PER N. LAVORATORI, ADDETTI AI SEGUENTI REPARTI

.....

W**DICHIARAZIONE RELATIVA AL CONTRIBUTO A FONDO PERDUTO**

(DA COMPILARE SOLO SE TRATTASI DI COOPERATIVE DI PRODUZIONE E LAVORO)

LA SOCIETA' COOPERATIVA RICHIEDENTE HA OTTENUTO IL CONTRIBUTO A FONDO PERDUTO DI CUI ALL'ART. 17. DELLA LEGGE 27.2. 1985. N. 49. IN DATA

(indicare la data di registrazione del provvedimento)

DOCUMENTI ALLEGATI:

.....

.....

ANNOTAZIONI DELLA DITTA

.....

.....

AVVERTENZA: LE DICHIARAZIONI MENDACI, LA FALSITA' NEGLI ATTI E L'USO DI ATTI FALSI SONO PUNITI, AI SENSI DELL'ART. 26 DELLA LEGGE 4 GENNAIO 1968, N. 15, CON LE SANZIONI PREVISTE DALLA LEGGE PENALE E DALLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA.

LA DITTA E' TENUTA AD ESPORRE UN AVVISO CON IL QUALE PORTARE A CONOSCENZA DELLA MAESTRANZA INTERESSATA CHE E' STATA AVANZATA DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE AL PAGAMENTO DELLE INTEGRAZIONI SALARIALI PER IL PERIODO DAL AL PER N. LAVORATORI.

DOVRA' INOLTRE FAR PRESENTARE AGLI INTERESSATI CHE POTRANNO PRENDERE VISIONE DEI NOMINATIVI DEL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO E DEL RESPONSABILE DEL PROVVEDIMENTO, DAGLI APOSITI AVVISI ESPOSTI PRESSO LA SAP/CO INPS DI OVVERO CHIEDERE INFORMAZIONI ANCHE TELEFONICAMENTE.

Data _____

Firma del datore di lavoro/legale rappresentante _____

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

- QUADRO C** La causale della contrazione di attività deve essere il più possibile circostanziata ed ulteriormente illustrata nel quadro apposito o con nota a parte. In caso di richiesta motivata da crisi di mercato, specificare dettagliatamente la causale riconducibile alla crisi. Il capo relativo al Codice della causale dovrà essere compilato soltanto dopo che l'istituto avrà reso note le codifiche di tutte le causali.
- QUADRO G** La domanda deve essere sottoscritta in forma autografa dal datore di lavoro o dal suo legale rappresentante (non è valida se reca soltanto l'apposizione della ragione sociale a mezzo timbro).
- QUADRO L** Il quadro è riservato ai lavoratori interessati alla CIG, che prestano attività a tempo parziale, su base orizzontale. Nel caso di lavoratori a tempo parziale, su base verticale, interessati alla CIG, ovvero in caso di turnazioni su periodi ultrasettimanali, dovrà essere compilato l'intercalare allegato alla domanda.
- QUADRO M** Nel caso di riduzione dell'orario settimanale qualora nel corso della settimana siano effettuate prestazioni straordinarie o di recupero, l'azienda dovrà indicare, nelle apposite colonne, per ciascun giorno della settimana:
- Il totale delle ore di lavoro ordinario;
- Il totale delle ore di lavoro straordinario;
- Il totale delle ore di recupero (in caso di mancato recupero, dovranno essere illustrati i motivi nel riquadro "Annotazioni della ditta");
- Il totale delle ore di assenze che non comportano retribuzione.
Qualora la sospensione/riduzione dell'attività lavorativa sia dovuta ad interruzione di energia elettrica da parte dell'Ente erogatore, il datore di lavoro deve specificare se le ore perse sono state recuperate nella stessa settimana ovvero in una settimana successiva. In caso di mancato recupero dovranno essere illustrati i motivi.
- QUADRO N** Le notizie devono essere riferite ai lavoratori per i quali è richiesta la CIG. Allegare la documentazione.
- QUADRO O** Le ore corrispondenti alle festività infrasettimanali debbono essere incluse tra quelle per cui è richiesta l'integrazione salariale.
- QUADRO P** Allegare contratto.
- QUADRO T** Documentare l'esigenza eccezionale per l'azienda di protrarre la sospensione/riduzione dell'orario di lavoro.
- QUADRO U** Allegare un prospetto contenente i periodi di soste ricorrenti avuti negli ultimi 5 anni.

AVVERTENZE

- La domanda deve essere inviata per posta o consegnata direttamente alla SAP/CO INPS nella cui circoscrizione territoriale è ubicata l'unità produttiva interessata alla CIG entro e non oltre i 25 giorni dalla fine del periodo di paga in corso alla scadenza della settimana nella quale ha avuto inizio la sospensione/riduzione di orario denunciata nella domanda stessa.
- Per le domande presentate oltre il termine suindicato l'eventuale autorizzazione decorrerà dall'inizio della settimana precedente a quella in cui luogo la relativa presentazione.
- Nel caso in cui le informazioni da fornire siano superiori a quelle previste nei quadri "I, L, M, P", occorre utilizzare ulteriori modelli fino al raggiungimento delle informazioni richieste. Ovviamente in tali modelli aggiuntivi (debitamente firmati) dovranno essere compilati solo i quadri "A" e "B".
- Qualora la richiesta di integrazione si riferisca a periodi non consecutivi, vanno presentate tante domande quanti sono i periodi richiesti.
- La richiesta va riferita ad un periodo non superiore a 13 settimane continuative (3 mesi continuativi). Qualora ecceda il periodo suddetto (13 settimane continuative) dovranno essere compilate distinte domande per periodi non superiori a 13 settimane continuative.
- Le ore di lavoro denunciate nella richiesta devono essere riferite alle singole settimane di calendario (da lunedì a domenica); per le aziende che effettuano lavorazioni a ciclo continuo va riferito dal lunedì alla domenica.

**N.B. LE INTEGRAZIONI SALARIALI NON SPETTANO AI DIPENDENTI CHE RIVESTONO LE SEGUENTI QUALIFICHE:
APPRENDISTA - DIRIGENTE - LAVORATORI A DOMICILIO - RELIGIOSI/E CHE VIVONO IN COMUNITA' (anche se prestano servizio alle dipendenze di terzi) -
AUTISTI DIPENDENTI DA IMPRESE QUANDO SIANO ADDETTI AL SERVIZIO PERSONALE DEL TITOLARE O DEL SUO NUCLEO FAMILIARE.**



RICEVUTA DI DOMANDA DI INTEGRAZIONE SALARIALE ORDINARIA
(Legge 164/75 e successive integrazioni e modificazioni)

SEDE INPS DI

LA DITTA

HA PRESENTATO OGGI LA DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE AL PAGAMENTO DI INTEGRAZIONE SALARIALI PER IL PERIODO

DAL

AL

DATA

FIRMA DELL'IMPIEGATO ADDETTO
