



DOMANDA DI ANTICIPAZIONE INDENNITA' DI MOBILITA'

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

SEDE INPS DI

[Empty box for SEDE INPS DI]

timbro a datario

[Empty box for timbro a datario]

A DATI RELATIVI AL RICHIEDENTE

Form fields for personal data: COGNOME, NOME, M/F, COGNOME DEL MARITO, DATA DI NASCITA, COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA, PROV., CODICE FISCALE, INDIRIZZO, CAP, COMUNE DI RESIDENZA, PROV., NUMERO TELEFONICO

B MODALITA' DI PAGAMENTO DELLA PRESTAZIONE

Form fields for payment modalities: ASSEGNO CIRCOLARE, ACCREDITO SUL C.C. BANCARIO/POSTALE, CIN (1), CODICE ABI (2), CODICE CAB (3), CODICE CLIENTE (4)

C DATI RELATIVI ALLA SITUAZIONE LAVORATIVA E PERSONALE DEL RICHIEDENTE

Form fields for work and personal situation: DATA LICENZIAMENTO PRECEDENTE ATTIVITA', QUALIFICA RIVESTITA, OPERAIO, IMPIEGATO, QUADRO, ATTIVITA' CHE ATTUALMENTE INTENDE INTRAPRENDERE, ASSOCIARSI IN COOPERATIVA, ULTRACINQUANTENNE LICENZIATO DA UNA IMPRESA OPERANTE NEL MEZZOGIORNO, DESTINATARIO PROROGA CIGS

( 1 ) specificare il tipo di attivita'; ( 2 ) specificare la denominazione dell'associazione ed il tipo di attivita'; ( 3 ) dato utile ai fini della maggiorazione dell'anticipazione dell'indennita' di mobilita'.

D DATI RELATIVI ALL'INDENNITA' DI MOBILITA' PERCEPITA O RICHIESTA

Form fields for mobility allowance: BENEFICIA DELL'INDENNITA' DI MOBILITA' DAL, EROGATA DALLA SEDE DI, HA PRESENTATO DOMANDA DI INDENNITA' DI MOBILITA' IL, PRESSO LA SEDE DI

E MANDATO DI ASSISTENZA E RAPPRESENTANZA

Text block for MANDATO DI ASSISTENZA E RAPPRESENTANZA with detailed instructions and fields for DATA and FIRMA

F DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL RICHIEDENTE

Text block for DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL RICHIEDENTE with detailed instructions and fields for DATA and FIRMA

SPAZIO RISERVATO ALLA SEZIONE CIRCOSCRIZIONALE PER L'IMPIEGO

Form fields for employment section: IL RICHIEDENTE E' TUTTORA ISCRITTO ALLE LISTE DI MOBILITA' DAL, LA DOMANDA PRESENTATA IL, E' ELENcata AL N. DEL MOD.DS.52, N., DEL, CON ALLEGATI I SOTTOELENcATI DOCUMENTI: PER ATTIVITA' AUTONOMA, PER ATTIVITA' ASSOCIATIVA

SI ESPRIME IL PARERE CHE LA DOCUMENTAZIONE PRESENTATA E' REGOLARE [SI] [NO]

( parere espresso ai sensi dell'art.2, comma 2 del Decreto Interministeriale n. 142 del 17.02.1993 )

Form fields for signature: DATA, FIRMA DEL FUNZIONARIO

Copia conforme al modello ministeriale - www.inps.it

SELENIO 74 - Tel. 0440 340023 Fax 0440 340015 - www.inps.it



## **AVVERTENZE IMPORTANTI**

AVV. Mod. DS. 21/ANT

Pag. 2 di 02

LA PRESENTE DOMANDA, CORREDATA DA TUTTA LA DOCUMENTAZIONE NECESSARIA PER L'ISTRUTTORIA E LA DEFINIZIONE, DEVE ESSERE PRESENTATA ENTRO 60 GIORNI DALL'INIZIO DELL'ATTIVITA' AUTONOMA O DELL'ASSOCIAZIONE IN COOPERATIVA.

EVENTUALI DOCUMENTI NON IN POSSESSO DEL LAVORATORE/ DELLA LAVORATRICE AL MOMENTO DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA STESSA DOVRANNO ESSERE PRESENTATI NON APPENA SARANNO STATI RILASCIATI DALLA COMPETENTE AMMINISTRAZIONE.

ALL'ATTO DELLA DOMANDA, DEVE ESSERE IN OGNI CASO PRESENTATA LA CERTIFICAZIONE ATTESTANTE CHE I DOCUMENTI MANCANTI SONO GIA' STATI RICHIESTI.

SI RICHIAMA L'ATTENZIONE SUL FATTO CHE SE TALE CERTIFICAZIONE NON VIENE PRODOTTA, LA DOMANDA DI ANTICIPAZIONE NON PUO' ESSERE ACCOLTA