

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			SI 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																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2">QUALIFICA RIVESTITA</th></tr> <tr><td>OPERAIO</td><td></td></tr> <tr><td>IMPIEGATO</td><td></td></tr> <tr><td>QUADRO</td><td></td></tr> <tr><td>DIRIGENTE</td><td></td></tr> <tr><td>LAVOR.A DOMICILIO</td><td></td></tr> <tr><td>APPRENDISTA</td><td></td></tr> <tr><td>ALTRO</td><td></td></tr> </table>	QUALIFICA RIVESTITA		OPERAIO		IMPIEGATO		QUADRO		DIRIGENTE		LAVOR.A DOMICILIO		APPRENDISTA		ALTRO		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2">TIPO DI CONTRATTO</th></tr> <tr><td>TEMPO INDETERMINATO</td><td></td></tr> <tr><td>TEMPO DETERMINATO</td><td></td></tr> <tr><td>STAGIONALE</td><td></td></tr> <tr><td>PART TIME ORIZZONTALE</td><td></td></tr> <tr><td>PART TIME VERTICALE</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2">ALTRO(SPECIFICARE TIPO DI CONTRATTO</td></tr> </table>	TIPO DI CONTRATTO		TEMPO INDETERMINATO		TEMPO DETERMINATO		STAGIONALE		PART TIME ORIZZONTALE		PART TIME VERTICALE		ALTRO(SPECIFICARE TIPO DI CONTRATTO		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="4">INTERRUZIONE RAPPORTO DI LAVORO</th></tr> <tr> <td style="width: 30%;">A SEGUITO DI</td> <td style="width: 10%;">DATA</td> <td colspan="2" style="width: 50%;">MOTIVO</td> </tr> <tr> <td>SOSPENSIONE</td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>DIMISSIONI</td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>LICenziAMENTO</td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">CON DIRITTO ALL'INDENNITA' DI MANCATO PREAVVISO FINO AL</td> </tr> </table>		INTERRUZIONE RAPPORTO DI LAVORO				A SEGUITO DI	DATA	MOTIVO		SOSPENSIONE				DIMISSIONI				LICenziAMENTO				CON DIRITTO ALL'INDENNITA' DI MANCATO PREAVVISO FINO AL			
QUALIFICA RIVESTITA																																																									
OPERAIO																																																									
IMPIEGATO																																																									
QUADRO																																																									
DIRIGENTE																																																									
LAVOR.A DOMICILIO																																																									
APPRENDISTA																																																									
ALTRO																																																									
TIPO DI CONTRATTO																																																									
TEMPO INDETERMINATO																																																									
TEMPO DETERMINATO																																																									
STAGIONALE																																																									
PART TIME ORIZZONTALE																																																									
PART TIME VERTICALE																																																									
ALTRO(SPECIFICARE TIPO DI CONTRATTO																																																									
INTERRUZIONE RAPPORTO DI LAVORO																																																									
A SEGUITO DI	DATA	MOTIVO																																																							
SOSPENSIONE																																																									
DIMISSIONI																																																									
LICenziAMENTO																																																									
CON DIRITTO ALL'INDENNITA' DI MANCATO PREAVVISO FINO AL																																																									

D DATI RELATIVI AI PERIODI DI LAVORO NEI DUE ANNI PRECEDENTI LA RISOLUZIONE O SOSPENSIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO																															
	ANNO	N.Sett.	ANNO	N.Sett.	ANNO	N.Sett.																									
MESI	RETRIBUZIONE		RETRIBUZIONE		RETRIBUZIONE		PERIODI DI SOSPENSIONE (MALATTIA, MATERNITA', CIG, INFORTUNIO, MILITARE, ECC.)																								
GENNAIO							<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">DAL</td> <td style="width: 30%;">AL</td> <td style="width: 40%;">MOTIVO</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	DAL	AL	MOTIVO																					
DAL	AL	MOTIVO																													
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) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; text-align: center;">IMPORTO COMPLESSIVO EURO</td> <td style="width:50%; text-align: center;">IMPORTO GIORNALIERO EURO</td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> </tr> </table>		IMPORTO COMPLESSIVO EURO	IMPORTO GIORNALIERO EURO			GIORNATE LAVORATE (COMPRESI SABATI, DOMENICHE E FESTIVITA' INFRASETTIMANALI) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">N.</td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> </tr> </table>		N.		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:80%;">MOTIVO DELLE EVENTUALI ASSENZE EFFETTUATE NEL TRIMESTRE</th> <th style="width:20%;">N. GIORNI</th> </tr> <tr><td>MALATTIA</td><td></td></tr> <tr><td>MATERNITA'</td><td></td></tr> <tr><td>INFORTUNIO</td><td></td></tr> <tr><td>SERVIZIO MILITARE O EQUIPARATO</td><td></td></tr> <tr><td>SCIOPERO</td><td></td></tr> <tr><td>PERMESSI NON RETRIBUITI</td><td></td></tr> <tr><td>ALTRI MOTIVI</td><td></td></tr> <tr> <td style="background-color: #cccccc;">TOTALE GIORNATE DI ASSENZA</td> <td></td> </tr> </table>	MOTIVO DELLE EVENTUALI ASSENZE EFFETTUATE NEL TRIMESTRE	N. GIORNI	MALATTIA		MATERNITA'		INFORTUNIO		SERVIZIO MILITARE O EQUIPARATO		SCIOPERO		PERMESSI NON RETRIBUITI		ALTRI MOTIVI		TOTALE GIORNATE DI ASSENZA	
IMPORTO COMPLESSIVO EURO	IMPORTO GIORNALIERO EURO																											
N.																												
MOTIVO DELLE EVENTUALI ASSENZE EFFETTUATE NEL TRIMESTRE	N. GIORNI																											
MALATTIA																												
MATERNITA'																												
INFORTUNIO																												
SERVIZIO MILITARE O EQUIPARATO																												
SCIOPERO																												
PERMESSI NON RETRIBUITI																												
ALTRI MOTIVI																												
TOTALE GIORNATE DI ASSENZA																												
CONFORMITA' DELLA RETRIBUZIONE AL CONTRATTO DI LAVORO <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 30px; text-align: center;">NO</td> <td style="width: 30px; text-align: center;">SI</td> </tr> </table>					NO	SI																						
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) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:15%;">DAL</th> <th style="width:15%;">AL</th> <th style="width:15%;">ORE</th> <th style="width:55%;">EURO</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr> <td colspan="3" style="background-color: #cccccc;">TOTALE</td> <td> </td> </tr> </table>				DAL	AL	ORE	EURO																					TOTALE				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 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width:50px; height: 30px;"></td><td>RIDUZIONE DI PERSONALE</td></tr> <tr><td style="height: 30px;"></td><td>CESSAZIONE DI ATTIVITA'</td></tr> <tr><td style="height: 30px;"></td><td>CESSAZIONE DEL TRATTAMENTO STRAORDINARIO DI INTEGRAZIONE SALARIALE</td></tr> </table>			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: <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>☐ 6 (LEGGE 223/91, ART. 16, C.1)</td> <td>☐ 18 (LEGGE 223/91, ART. 11, C.2)</td> <td>☐ 24 (LEGGE 451/94, ART. 3, C.3)</td> </tr> </table> (*) VANNO COMPRESI PERIODI DI FERIE, INFORTUNI, FESTIVITA' INFRASETTIMANALE E SOSPENSIONE PER GRAVIDANZA E PUERPERIO.			☐ 6 (LEGGE 223/91, ART. 16, C.1)	☐ 18 (LEGGE 223/91, ART. 11, C.2)	☐ 24 (LEGGE 451/94, ART. 3, C.3)
	RIDUZIONE DI PERSONALE												
	CESSAZIONE DI ATTIVITA'												
	CESSAZIONE DEL TRATTAMENTO STRAORDINARIO DI INTEGRAZIONE SALARIALE												
☐ 6 (LEGGE 223/91, ART. 16, C.1)	☐ 18 (LEGGE 223/91, ART. 11, C.2)	☐ 24 (LEGGE 451/94, ART. 3, C.3)											
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 _____