



ELENCO DEI LAVORATORI BENEFICIARI DEL TRATTAMENTO STRAORDINARIO DI INTEGRAZIONE SALARIALE

(Da compilare per ogni beneficiario)

POSTO A CONGUAGLIO CON IL DM 10/2 DEL

Sede di _____

DATA DECRETO MINISTERIALE

DATA MOD. I.G.I. 6/Str.

NUMERO MOD. I.G.I. 6/Str.

Pag. 1 di 02

A DATI RELATIVI ALL'AZIENDA			
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
DENOMINAZIONE		N. MATRICOLA	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CODICE FISCALE	LOCALITA' UNITA' PRODUTTIVA	PROV.	

B DATI RELATIVI AL DIPENDENTE N. _____										
<input type="text"/>			<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>		
COGNOME			NOME				M/F	DATA DI NASCITA		
<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>			
COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA			PROV.	CODICE FISCALE			INDIRIZZO (Frazione, Via, Piazza, etc., n.)			
<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>			
COMUNE DI RESIDENZA			PROV.	Stato Civile	N. TELEFONICO	CODICE INDIVIDUALE O1/M	Titolo di studio		QUALIFICA	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
DATA DI ASSUNZIONE	DATA DI CESSAZIONE	solo in caso di solidarietà		solo in caso di part-time		DATA INIZIO PART-TIME	DATA IN ORARIO SETT.PIENO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>			

SPECIFICA TRATTAMENTO DI INTEGRAZIONE SALARIALE STRAORDINARIA

ANNO	MESE	IMPORTO RETRIBUZIONE		N.SETTIMANE DI CIG		N. ORE DI CIG	IMPORTO MESSO A CONGUAGLIO (al netto della rid.ne ex.Srt.26,L.41/86)	IMPORTO QUOTE TFR		Partecipa a lavori socialmente utili		RISERV. INPS Riduzione ind. di Mobilità n. giorni
		MENSILE	ORARIA PER CALCOLO CIG	SOSP.	RID.			MATURATE	CONGUAGLIATE	NO	SI	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
										NO	SI	
										NO	SI	
										NO	SI	
										NO	SI	
										NO	SI	
TOTALE												

MENSILITA' AGGIUNTIVE

PERIODO		(*)	N.ORE DA INTEGRARE	IMPORTO RATEO ORARIO	IMPORTO A CONGUAGLIO (nei limiti del massimale)	(*) Indicare se trattasi di 13 ^a ovvero di 14 ^a , in quest'ultimo caso indicare anche l'anno di riferimento.
DAL	AL					
13	14	15	16	17	18	
TOTALE						

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL DIPENDENTE

IO SOTTOSCRITTO DICHIARO DI AVER RISCOSSO GLI IMPORTI RELATIVI AI PERIODI DI CIG E DI QUOTE AGGIUNTIVE INDICATI NEL PROSPETTO, DIMINUITI DELLE RITENUTE FISCALI. DICHIARO, INOLTRE, DI NON AVER PRESTATO, NEL PREDETTO PERIODO, ATTIVITA' LAVORATIVA RETRIBUITA, DI NON AVER PERCEPITO INDENNITA' DI MANCATO PREAVVISO, NON AVER PERCEPITO NE' RICHIESTO ALTRI TRATTAMENTI PREVIDENZIALI (Disoccupazione, Malattia, Maternità, etc.) COMUNQUE INCOMPATIBILI O INCUMULABILI CON L'INTEGRAZIONE SALARIALE.

PRESO ATTO DELL'INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 10 DELLA LEGGE 31.12.1996, N. 675, ACCONSENTO, QUALORA NECESSARIO, ALL'ISTRUZIONE, ALLA DEFINIZIONE E ALLA COMUNICAZIONE INERENTE LA RICHIESTA: 1) AL TRATTAMENTO DI EVENTUALI DATI SENSIBILI; 2) AL TRASFERIMENTO DEI MIEI DATI PERSONALI E SENSIBILI ALL'ESTERO; 3) ALLA COMUNICAZIONE DEI MIEI DATI PERSONALI E SENSIBILI A SOGGETTI CHE GESTISCONO SERVIZI INFORMATICI, DI POSTALIZZAZIONE E ARCHIVIAZIONE E AL TRATTAMENTO DEI DATI STESSI DA PARTE DI TALI SOGGETTI; 4) ALLA COMUNICAZIONE DEI MIEI DATI SENSIBILI, PER FINI DIVERSI DA QUELLI CONNESSI ALLA PRESENTE RICHIESTA, AD ALTRI ENTI O AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE OVE CIO' SIA NECESSARIO PER LO SVOLGIMENTO DELLE RISPETTIVE FUNZIONI CONSAPEVOLE DEL FATTO CHE IL MANCATO CONSENSO PUO' COMPORTARE L'IMPOSSIBILITA' DI DEFINIRE O NOTEVOLE RITARDO NELLA DEFINIZIONE LA PRESENTE RICHIESTA NON CONSENTO A QUANTO INDICATO AI PUNTI

DATA _____ FIRMA _____

RISERVATO ALL'IMPRESA

IL SOTTOSCRITTO ATTESTA DI AVER CORRISPONTO IL TRATTAMENTO DI INTEGRAZIONE SALARIALE STRAORDINARIA A N. _____ LAVORATORI INDICATI NEL PRESENTE ELENCO. DICHIARA INOLTRE CHE I PREDETTI LAVORATORI HANNO UN'ANZIANITA' LAVORATIVA PARI O SUPERIORE A 90 GIORNI ALLA DATA INIZIALE DELLA PRIMA CONCESSIONE.

TIMBRO DELLA DITTA

FIRMA TITOLARE/LEGALE RAPPRESENTANTE

RISERVATO ALL'INPS

PER CONVALIDA DI QUANTO INDICATO PER CIASCUN PERCETTORE DI CIGS, RELATIVAMENTE ALLA RIDUZIONE O MENO DELL'INDENNITA' DI MOBILITA'.

FIRMA OPERATORE

FIRMA REVISORE

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.

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

QUADRO A = indicare i dati relativi all'azienda e all'unità produttiva; **QUADRO B** = oltre ai dati anagrafici specificare: **STATO CIVILE**: 1 (se celibe/nubile), 2 (se coniugato), 3 (se separato legalmente), 4 (se divorziato), 5 (se abbandonato); **COD.IND.O1/M** (quello dell'O1/M)

TITOLO DI STUDIO = 1 (se nessuno), 2 (se in possesso della licenza elementare), 3 (se in possesso della licenza di scuola media superiore di 1° grado) 4 (se in possesso della licenza di scuola media superiore di 2 grado), 5 (se laureato); **QUALIFICA** = (quella riportata nell'O1/M); **DATA DI ASSUNZIONE** (la data di assunzione presso l'azienda); **DATA DI CESSAZIONE** (la data di cessazione dell'attività presso l'azienda); **ORARIO CONTRATTUALE SETTIMANALE** (indicare le ore di lavoro effettuate in contratto di solidarietà);

ORARIO SETTIMANALE PART-TIME (in caso di part-time, indicare l'orario settimanale); **DATA INIZIO PART-TIME** (la data di inizio del part-time);

DATA INIZIO ORARIO SETTIMANALE PIENO (nel caso in cui il dipendente passi da part-time ad orario pieno);

SPECIFICA TRATTAMENTO DI INTEGRAZIONE SALARIALE STRAORDINARIA = INDICARE NELLE RISPETTIVE COLONNE: **COL.1** (l'anno di riferimento della mensilità nella forma AA), **COL.2** (il mese di riferimento nella forma MM)**COL.3** (la retribuzione mensile comprensiva dei ratei di mensilità aggiuntive), **COL.4** (la retribuzione oraria al 100%), **COL.5** (il n. di settimane), **COL.6** (il n. di settimane di integrazione parziale), **COL.7** (il n. di ore di cig-le frazioni devono essere espresse in centesimi, es. 1 ora e 30 minuti=1,50), **COL.8** (l'importo che viene messo a conguaglio al netto della riduzione ex. art.26,L.41/86) **COL.9** (l'importo delle quote di TFR maturate nel mese di cig) **COL.10** (l'importo delle quote di TFR conguagliate) **COL.11** (barrare la relativa casella se il dipendente partecipa a lavori socialmente utili);

MENSILITA' AGGIUNTIVE: COLONNA 13 e 14 (indicare il periodo cui si riferisce la mensilità aggiuntiva) **COL.15** (13 se trattasi di tredicesima, 14 negli altri casi con accanto l'anno di riferimento - es. 14'92) **COL.16** (le ore da integrare nel periodo di riferimento) **COL.17** (l'importo del rateo orario della mensilità aggiuntiva al 100%), **COL.18** (l'importo totale dei ratei di mensilità aggiuntive erogate, nei limiti del massimale, per il periodo di riferimento della mensilità). **DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL/DELLA DIPENDENTE**: ciascun dipendente dovrà apporre la propria firma in calce alla dichiarazione resa. **Quadro RISERVATO ALL'IMPRESA** = il titolare/legale rappresentante deve indicare il n. complessivo dei lavoratori ai quali ha corrisposto il trattamento di integrazione salariale straordinaria e dichiarare che gli stessi hanno una anzianità lavorativa pari o superiore a 90 giorni dalla data iniziale della 1^ concessione.