



PROTOCOLLO



## Domanda di prestazione di disoccupazione con requisiti ridotti - 1/3

Conforme al modello ministeriale - www.inps.it

ALLA SEDE DI

COGNOME   NOME

CODICE FISCALE   NATO/A IL GG/MM/AAAA

A   PROV.   STATO

CITTADINANZA

RESIDENTE/DOMICILIATO IN

PROV.   STATO

INDIRIZZO   CAP

TELEFONO\*   CELLULARE\*

INDIRIZZO E-MAIL\*

**Chiedo**

- L'indennità di disoccupazione con requisiti ridotti
- L'assegno per il nucleo familiare

**Dati relativi al primo rapporto di lavoro**

Data di inizio del primo rapporto di lavoro dipendente nell'arco della vita lavorativa \_\_\_\_\_

**Dichiaro**

che nell'anno precedente la domanda di disoccupazione ho avuto i seguenti rapporti di lavoro:

Settore nel quale è stata svolta l'attività (1)	Denominazione del datore di lavoro (2)	Periodo di attività dal	al	Motivo d'interruzione (3)

(1) Indicare se: *agricolo, non agricolo, domestico, frontaliero, marittimo, stagionale, all'estero, in progetto LSU/LPU, a domicilio, attività autonoma, socio di cooperativa, collaborazioni coordinate e continuative o a progetto ecc.*

(2) Indicare se: *azienda, ente, stato estero presso cui è stata svolta l'attività*

(3) Indicare se: *per licenziamento, dimissioni, sospensione*

\* Dati facoltativi



## Domanda di prestazione di disoccupazione con requisiti ridotti - 2/3

Conforme al modello ministeriale - www.inps.it

**Dichiaro**

*Barrare la casella corrispondente*

che nell'anno precedente la domanda si sono verificate le seguenti situazioni:

- |  |                      |                    |
|--|----------------------|--------------------|
| <input type="radio"/> Malattia                                 | Inizio periodo ..... | Fine periodo ..... |
|  | Inizio periodo ..... | Fine periodo ..... |
|  | Inizio periodo ..... | Fine periodo ..... |
| <input type="radio"/> Maternità (obbligatoria, facoltativa)    | Inizio periodo ..... | Fine periodo ..... |
|  | Inizio periodo ..... | Fine periodo ..... |
|  | Inizio periodo ..... | Fine periodo ..... |
| <input type="radio"/> Infortunio                               | Inizio periodo ..... | Fine periodo ..... |
| <input type="radio"/> Servizio militare di leva (o equiparato) | Inizio periodo ..... | Fine periodo ..... |
| <input type="radio"/> Sospensione di attività lavorativa       | Inizio periodo ..... | Fine periodo ..... |
| <input type="radio"/> Passaggio in ruolo (per insegnanti)      | Inizio periodo ..... | Fine periodo ..... |
| <input type="radio"/> Attività autonoma/collaborazione         | Inizio periodo ..... | Fine periodo ..... |
|  | Inizio periodo ..... | Fine periodo ..... |
|  | Inizio periodo ..... | Fine periodo ..... |
| <input type="radio"/> Altro .....                              | Inizio periodo ..... | Fine periodo ..... |

**Dichiaro**

- di essere titolare di pensione concessa da altro Ente diverso da Inps o Stato estero

Con decorrenza ..... Ente che eroga la pensione .....

**Dichiaro**

- di aver fatto richiesta di assegno di incollocabilità       di beneficiare di assegno di incollocabilità

come:  Mutilato o invalido di guerra       Mutilato o invalido di servizio

Con decorrenza ..... Ente o stato estero che eroga la pensione .....

**Detrazioni d'imposta**

- confermo la dichiarazione dell'anno precedente
- non chiedo alcuna detrazione
- chiedo la detrazione per lavoro dipendente e assimilati - (di cui all'art. 13 del TUIR del DPR 917/1986)
- chiedo la detrazione per carichi di famiglia - (di cui all'art. 13 del TUIR del DPR 917/1986)  
(è obbligatorio presentare il modello MV10 debitamente compilato, disponibile sul sito www.inps.it)

**Modalità di pagamento**

- Bonifico domiciliato presso Ufficio postale
- Conto corrente bancario o postale - Libretto postale - INPS card - Carte di pagamento dotate di IBAN

**CODICE IBAN**

*Composto da 27 caratteri*

Data .....

Firma .....

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



## Domanda di prestazione di disoccupazione con requisiti ridotti - 3/3

### ● Dichiarazione di responsabilità

Dichiaro che le notizie da me fornite in questo modulo ed i documenti ad esso allegati rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze previste per chi rende dichiarazioni false (artt. 48, 73, 75 e 76 D.P.R. 445/2000)

Firma del richiedente \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

### ● Mandato di assistenza e rappresentanza

Delego il patronato presso il quale eleggo domicilio (ai sensi dell'articolo 47 del codice civile) a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente nei confronti dell'Inps, per la trattazione della presente domanda di disoccupazione.

Patronato scelto \_\_\_\_\_ Timbro del Patronato e firma dell'operatore \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

### ● Delega per la trattenuta delle quote sindacali

Autorizzo l'Inps, ai sensi degli articoli 2 della legge 852/1973 e 18 della legge 223/1991, ad effettuare sull'indennità spettante in base alla presente domanda, a titolo di quota associativa, la trattenuta nella misura prevista dalla convenzione con l'organizzazione sindacale.

Organizzazione sindacale scelta \_\_\_\_\_ Timbro dell'Organizzazione sindacale e firma del rappresentante \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

## Informativa sul trattamento dei dati personali

(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali")

*L'Inps con sede in Roma, via Ciro il Grande, 21, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa su base sanitaria.*

*Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati e istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno conoscere i suoi dati altri soggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili designati dall'Istituto. I suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o privati, tra cui Istituti di credito o Uffici Postali, altre Amministrazioni, Enti o Casse di previdenza obbligatoria. Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che le riguardano. L'Inps la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente all'istruttoria della presente domanda; se si tratta di un'agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale o subprovinciale, anche per il tramite dell'agenzia stessa.*