



PROTOCOLLO

**Domanda di anticipazione dell'indennità di mobilità - 1/2**

La presente domanda, corredata da tutta la documentazione necessaria per l'istruttoria e la definizione, deve essere presentata entro 60 giorni dall'inizio dell'attività 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.

Si richiama l'attenzione sul fatto che se tale certificazione non viene prodotta, la domanda di anticipazione non può essere accolta.

 ALL'UFFICIO INPS DI **Dati relativi al richiedente** NOME COGNOME CODICE FISCALE NATO/A IL GG/MM/AAAA A PROV. STATO CITTADINANZA RESIDENTE IN PROV. STATO INDIRIZZO CAP TELEFONO CELLULARE INDIRIZZO E-MAIL **Dati relativi alla situazione lavorativa e personale del richiedente**

Data di licenziamento nella precedente attività (gg/mm/aaaa) con diritto all'indennità di mancato preavviso fino al (gg/mm/aaaa)

Attività che attualmente intende intraprendere

- autonoma (specificare il tipo di attività)
- associarsi in cooperativa (specificare la denominazione dell'associazione ed il tipo di attività)
 - ultracinquantenne licenziato da una impresa operante nel mezzogiorno (dato utile ai fini della maggiorazione dell'anticipazione dell'indennità di mobilità)
 - destinatario proroga cigs ai sensi dell'art. 22, 6° comma, l. 223/91 (dato utile ai fini della maggiorazione dell'anticipazione dell'indennità di mobilità)

Dati relativi all'indennità di mobilità percepita o richiesta

- beneficia dell'indennità di mobilità dal erogata dalla sede di
- ha presentato domanda di indennità di mobilità il presso la sede di

Modalità di pagamento della prestazione

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

 CODICE IBAN

(composto da 27 caratteri)





Domanda di anticipazione dell'indennità di mobilità - 2/2

● 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 _____

● Dichiarazione di responsabilità

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

Firma del richiedente _____ Data _____

● Riservato al centro per l'impiego

il richiedente è tuttora iscritto nelle liste di mobilità dal _____ la domanda presentata il _____ è elencata al n. del mod. ds. 52, n. _____ del _____ con allegati i sottoelencati documenti:

- Per attività autonoma
- certificato di iscrizione al REC all'albo artigiani
 - ovvero all'albo professionale ai ruoli agenti / rappresentanti di commercio o mediatori
 - autorizzazione o licenza per l'esercizio dell'attività
 - altri documenti (specificare) _____
- Per attività associativa
- certificato di iscrizione della cooperativa all'albo delle società cooperative (istituito con D.M. 23/06/2004)
 - dichiarazione del presidente della cooperativa relativa all'attività svolta dal lavoratore nell'ambito della stessa
 - altri documenti (specificare) _____

Si esprime il parere che la documentazione presentata è regolare SI NO
(parere espresso ai sensi dell'art. 2, comma 2 del decreto interministeriale n. 142 del 17.02.1993)

data _____ firma del funzionario _____

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 la 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 una agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale o subprovinciale, anche per il tramite dell'agenzia stessa.