



**Integrazione salariale ordinaria/straordinaria e in deroga (CIG o CIGS)  
Prospetto per il pagamento diretto - 1/4**

**A Dati anagrafici del/della dipendente**

NOME  COGNOME  
 CODICE FISCALE  NATO/A ILGG/MM/AAAA  
 A  PROV.  STATO  
 CITTADINANZA  SESSO  M  F  
 INDIRIZZO  CAP   
 COMUNE DI RESIDENZA  PROV.   
 TELEFONO\*  CELLULARE\*   
 codice STATO CIVILE  1 - Nubile/Celibe 2 - Coniugata/o 3 - Vedova/o 4 - Separata/o 5 - Divorziata/o  
 codice TITOLO DI STUDIO  1 - Nessuno 2 - Licenza elementare 3 - Licenza media 4 - Diploma 5 - Laurea

**B Dati relativi al rapporto di lavoro**

DECRETO DI CONCESSIONE N°  MATRICOLA AZIENDA   
 DATA DI ASSUNZIONE  DATA DI FINE RAPPORTO   
 codice QUALIFICA

1 - Operaio 2 - Impiegato 4 - Apprendista non soggetto a inail 5 - Apprendista soggetto a inail 7 - Equiparato o intermedio considerato impiegato ai fini della contribuzione per le prestazioni economiche di malattia 8 - Viaggiatore o piazzista W - Apprendista qualificato Operaio (Art. 21, comma 6 e 22 Legge 28.02.1987 R - Apprendista qualificato Impiegato (Art. 21, comma 6 e 22 Legge 28.02.1987 n.56) Q - Lavoratore con qualifica di Quadro Y - Impiegati a part time O - Operai a part time

ORARIO SETTIMANALE CONTRATTUALE dal \_\_\_\_\_ giorni \_\_\_\_\_ ore  
 le frazioni di ora devono essere espresse in centesimi dal \_\_\_\_\_ giorni \_\_\_\_\_ ore  
 (es. 1 ora e 30 minuti = 1 e 50)

**Articolazione settimanale dell'orario non uniformemente distribuito**

Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DELEGA SINDACALE RILASCIATA  SI  NO Sigla del sindacato \_\_\_\_\_  
 Codice del sindacato \_\_\_\_\_

LAVORI SOCIALMENTE UTILI EFFETTUATI (LSU)  SI  NO

PERIODI NEL QUALE SONO STATI EFFETTUATI I LSU dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

\* Dati facoltativi



## Integrazione salariale ordinaria/straordinaria e in deroga (CIG o CIGS) Prospetto per il pagamento diretto - 2/4

### C Dati per il pagamento delle mensilità correnti

1		2	3												TOT ORE DI CIG
PERIODO		TIPO	SETTIMANE												
ANNO	MESE		1°		2°		3°		4°		5°		6°		
			C	ORE	C	ORE	C	ORE	C	ORE	C	ORE	C	ORE	

4		5	6		7	8		9
RETRIBUZIONE ORARIA		TRATTENUTE DI PENSIONE	APPLICAZIONE DELLA DETRAZIONE (Art. 11 bis)		RETRIBUZIONE MENSILE	ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE		% DI RIDUZIONE DEL TRATTAMENTO
per calcolo CIG	pagata da azienda		N° gg		importo	N° componenti	importo ANF	
			<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO				
			<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO				
			<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO				
			<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO				
			<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO				
			<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO				

sezione 1 - mese e anno di riferimento della mensilità nella forma "aaaa/mm"

sezione 2 - 0 se l'integrazione è a zero ore, 3 se si tratta di conguagli su CIG già corrisposta, 4 se si tratta di conguaglio di ANF, 6 se si tratta di conguaglio per il massimale superiore

sezione 3 - per ciascuna settimana del mese (max. 6), nelle rispettive colonne:

colonna C = **S** se la settimana deve essere accreditata figurativamente anche come numero non essendo stata erogata dall'azienda qualsiasi forma di retribuzione

**N** se la settimana non è accreditabile figurativamente come numero in quanto vi sono emolumenti erogati dalla Azienda ed assoggettabili a contribuzione - tale settimana va calcolata come retribuita sul modello annuale.

Per ogni settimana compresa tra due mesi (il lunedì in un mese, il sabato nel mese successivo) indicare sempre:

**N** per la frazione di settimana che non comprende il sabato

Per la frazione di settimana che comprende il sabato indicare:

**N** se per almeno un giorno dell'intera settimana l'azienda ha corrisposto qualsiasi forma di retribuzione

**S** se non vi è stato emolumento anche per un solo giorno dell'intera settimana

colonna Ore = il numero delle ore di CIG - le frazioni di ora devono essere espresse in centesimi

(es. 1 ora e 30 minuti = 1 e 50)

sezione 4 - nella colonna: calcolo CIG = la retribuzione oraria al 100% al netto delle quote di mensilità aggiuntive (o la differenza oraria di retribuzione se trattasi di conguagli).

nella colonna: pagata da azienda = la retribuzione oraria corrisposta dall'azienda per le stesse ore di CIG ed assoggettata a contribuzione obbligatoria

sezione 5 - l'importo della trattenuta effettuata sulla pensione, da effettuare sulla prestazione CIG, per il mese di riferimento

sezione 6 - indicare se l'assicurato chiede l'applicazione della DETRAZIONE PER LAVORO DIPENDENTE per assicurare la progressività dell'imposizione fiscale ed il numero di giorni per i quali si chiede la DETRAZIONE.

sezione 7 - indicare la retribuzione mensile, comprensiva dei ratei di mensilità aggiuntive.

sezione 8 - indicare il numero dei componenti e l'importo degli assegni per il nucleo familiare.

sezione 9 - indicare il valore della eventuale percentuale di riduzione della misura del trattamento (00, 10, 20, 30, 40, ecc.)



## Integrazione salariale ordinaria/straordinaria e in deroga (CIG o CIGS) Prospetto per il pagamento diretto - 3/4

### D Dati per il pagamento delle mensilità aggiuntive

Conforme al modello ministeriale - www.inps.it

1		2		3	4		5
MENSILITA' AGGIUNTIVE		PERIODO		ORE INTEGRATE NEL PERIODO	RATEO ORARIO		IMPORTO TRATTENUTE PENSIONE
anno	13° o 14°	dal gg/mm	al gg/mm		per calcolo CIG	pagate da azienda	

sezione 1 - anno e mese di riferimento della mensilità nella forma "aaaa/mm" (dove per "mm" deve essere indicata la mensilità aggiuntiva, 13a o 14a)

sezione 2 - il periodo per ciascuna mensilità aggiuntiva nella forma "gg/mm" (se il periodo è a cavallo di due anni effettuare una registrazione per ogni anno)

sezione 3 - le ore integrate nel periodo di riferimento nella forma "nnnn,cc" - le frazioni di ora devono essere espresse in centesimi (es. 1 ora e 30 minuti = 1 e 50)

sezione 4 - nelle rispettive colonne:

per calcolo CIG = il rateo orario della mensilità aggiuntiva al 100 %

pagate da azienda = il rateo orario erogato dall'Azienda per le stesse ore di CIG ed assoggettato a contribuzione

sezione 5 - l'ammontare della trattenuta di pensione correlata alla mensilità aggiuntiva

### E Dati per il pagamento quote TFR

1		2	3
PERIODO (gg/mm/aaaa) dal al		IMPORTO LORDO	IMPORTO IRPEF

sezione 1 - il periodo ininterrotto di sospensione immediatamente precedente la risoluzione del rapporto di lavoro nella forma "gg/mm/aaaa"

sezione 2 - l'importo lordo del trattamento di fine rapporto (TFR) maturato nel predetto periodo

sezione 3 - l'importo della ritenuta Irpef da operare sulla quota di TFR a carico dell'Inps

### F 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



## Integrazione salariale ordinaria/straordinaria e in deroga (CIG o CIGS) Prospetto per il pagamento diretto - 4/4

### G Dichiarazioni di immediata disponibilità ai sensi del comma 10, art. 19 della legge n. 2/2009

Il sottoscritto dichiara

- di essere immediatamente disponibile ad aderire ad un percorso di riqualificazione professionale
- e
- per coloro che sono in cassa integrazione guadagni per cessazione dell'attività o per procedure concorsuali con cessazione dell'esercizio dell'impresa per i quali non sia previsto il rientro in azienda ad aderire ad una proposta di lavoro congruo.

Il sottoscritto è a conoscenza che nel caso di rifiuto di una proposta di riqualificazione professionale o di lavoro congruo, si perde il diritto a qualsiasi erogazione di carattere retributivo e previdenziale anche a carico del datore di lavoro, fatti salvi i diritti già maturati.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### H Dichiarazioni di responsabilità del/della dipendente

Dichiaro che per i periodi nel punto "C", non ho prestato attività lavorativa retribuita, non ho percepito indennità di mancato preavviso e non ho percepito nè chiesto altri trattamenti previdenziali (disoccupazione, malattia, maternità ecc.) comunque incompatibili e incumulabili con l'integrazione salariale.

Mi impegno inoltre a comunicare all'Inps qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata. Dichiaro che le notizie da me fornite in questo modulo rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze previste per chi rende attestazioni false (artt. 48, 73, 75, e 76 D.P.R. 445/2000).

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**RISERVATO ALL'IMPRESA**

\_\_\_\_\_

timbro aziendale

\_\_\_\_\_

firma titolare/legale rappresentante

**RISERVATO ALL'INPS**

\_\_\_\_\_

data di presentazione

## 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. Il loro elenco completo ed aggiornato è disponibile sul sito [www.inps.it](http://www.inps.it).

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'azienda stessa.