

DOMANDA DI PRESTAZIONE DI DISOCCUPAZIONE



Sede **INPS** di

DOMANDA n.

Modello
DS21

Quadro **A** **Dati del Richiedente**

<input type="text" value="Cognome"/>		<input type="text" value="Nome"/>	<input type="text" value="Data di nascita"/>
<input type="text" value="Cognome del marito"/>	<input type="text" value="Codice fiscale"/>		<input type="text" value="M / F"/>
<input type="text" value="Comune o stato estero di nascita"/>	<input type="text" value="Prov."/>	<input type="text" value="Cittadinanza"/>	
<input type="text" value="Comune di residenza/Domicilio"/>		<input type="text" value="Indirizzo"/>	
<input type="text" value="C.A.P."/>	<input type="text" value="Prov."/>	<input type="text" value="Telefono"/>	<input type="text" value="E-mail"/>

Quadro **B** **Tipologia di prestazione richiesta**

<input type="checkbox"/> Disoccupazione ordinaria	<input type="checkbox"/> Indennità di mobilità	<input type="checkbox"/> Indennità per rimpatriati	<input type="checkbox"/> Indennità per frontalieri	<input type="checkbox"/> Indennità convenzione U.E. (ex CEE)
<input type="checkbox"/> Trattamento speciale edile	<input type="checkbox"/> Assegno per nucleo familiare	<input type="checkbox"/> Trattamento economico più favorevole	<input type="checkbox"/> Altro (indicare)	

Tavola **1** **Dichiarazioni e informazioni relative alla concessione delle prestazioni ed alle condizioni di accertamento dei dati personali**

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiaro di aver reso dichiarazione di immediata disponibilità al lavoro al:

<input type="text" value="CENTRO PER L'IMPIEGO DEL COMUNE DI"/>	<input type="text" value="In data"/>
<input type="text" value="Firma del richiedente"/>	<input type="text" value="Data"/>

IL DIRITTO E' SALVO SOLO SE IL RICHIEDENTE RISULTA DISOCCUPATO

Il richiedente dovrà comunicare entro 5 giorni la data in cui si verifica un qualsiasi evento che influisce sulla Sua condizione di disoccupato.
 Con il modello DS56 bis dovrà inoltre - in presenza di trattamenti diversi dell'indennità di mobilità, requisiti ridotti, trattamenti speciali edili di durata superiore a 90 giorni - dichiarare la Sua condizione ininterrotta di disoccupato, dopo la scadenza del termine massimo pagabile.
 Si sottolinea l'obbligo della restituzione del modello DS56 bis che consentirà al richiedente di ottenere il saldo dell'indennità di disoccupazione ed il riconoscimento della contribuzione figurativa.

Tavola **2** **Dichiarazione di responsabilità del richiedente**

Consapevole delle conseguenze civili previste per coloro che rendono false attestazioni, dichiaro sotto la mia responsabilità che le notizie fornite in tutti i quadri della presente domanda, rispondono a verità. Mi impegno inoltre a fornire tempestivamente all'INPS notizie inerenti:

- Eventuale impugnativa dell'atto di licenziamento;
- Qualsiasi evento che possa influire sul mio stato di disoccupato (perdita dello stato di disoccupato, avviamento al lavoro, trasferimento all'estero) e sul diritto a percepire il relativo trattamento.

Sono a conoscenza che la mancata o tardiva denuncia delle situazioni sopra indicate comporterà, oltre alle responsabilità civili previste dalla legge, il recupero delle somme che risulteranno percepite indebitamente. Autorizzo l'INPS ad utilizzare i dati forniti esclusivamente per il procedimento amministrativo in corso (decreto legislativo n. 196/2003).

<input type="text" value="Firma del richiedente"/>	<input type="text" value="Data"/>
--	-----------------------------------

Cognome

Codice fiscale

Quadro **C** **Dati relativi al primo / ultimo rapporto di lavoro dipendente**

Fornire le informazioni richieste

Data iniziale del rapporto di lavoro dipendente (X)

(X) Riportare la data iniziale del primo rapporto di lavoro dipendente nell'arco della vita lavorativa

Data **INIZIALE** dell'ultimo rapporto di lavoro

Data **FINALE** dell'ultimo rapporto di lavoro

Rivestivo la qualifica di: Operaio Impiegato Quadro Dirigente Apprendista

Cessato per: Licenziamento Dimissioni Sospensione Rimpatrio in data

Denominazione dell'ultimo datore di lavoro

Comune Indirizzo Prov. C.A.P.

Quadro **D** **Dati relativi al periodo di contribuzione / assicurazione da attività lavorativa**

Fornire le informazioni richieste

Nel caso di domanda che interessa qualsiasi altra indennità di cui al quadro **B**, considerare i due anni precedenti la data di interruzione del rapporto 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/continue etc. **2) Indicare se:** Azienda, Ente, Stato Estero presso cui è stata svolta l'attività. **3) Indicare se:** per licenziamento, dimissioni, sospensione.
N.B.: Se insegnante allegare eventuale certificato di servizio.

Quadro **E** **Dati relativi alla situazione soggettiva**

Considerare l'anno o gli anni secondo le indicazioni [A] e [B] del Quadro **D**

Malattia	SI	NO	Inizio periodo <input type="text"/>	Fine periodo <input type="text"/>
Maternità (obbligatoria, facoltativa)	SI	NO	Inizio periodo <input type="text"/>	Fine periodo <input type="text"/>
Infortunio	SI	NO	Inizio periodo <input type="text"/>	Fine periodo <input type="text"/>
Servizio militare di leva (o equiparato)	SI	NO	Inizio periodo <input type="text"/>	Fine periodo <input type="text"/>
Integrazione salariale(CIG - CIGS)	SI	NO	Inizio periodo <input type="text"/>	Fine periodo <input type="text"/>
Indennità di disoccupazione (precedentemente percepita)	SI	NO	Inizio periodo <input type="text"/>	Fine periodo <input type="text"/>
Sospensione di attività lavorativa	SI	NO	Inizio periodo <input type="text"/>	Fine periodo <input type="text"/>
Passaggio in ruolo (per insegnanti)	SI	NO	Inizio periodo <input type="text"/>	Fine periodo <input type="text"/>
Attività autonoma / Collaborazione	SI	NO	Inizio periodo <input type="text"/>	Fine periodo <input type="text"/>
Altro	SI	NO	Inizio periodo <input type="text"/>	Fine periodo <input type="text"/>

Cognome

Codice fiscale

Quadro **F** **Dati relativi alla titolarità di pensione**

Fornire le informazioni richieste e barrare le caselle di specifico interesse

Ha fatto richiesta ovvero beneficia di pensione
 SI NO
 Con decorrenza
 Pensione INPS Altro Ente o Stato Estero

Tipo pensione: Diretta Indiretta Rendita per infortunio Invalidità civile

Indicare Ente erogatore di pensione

Quadro **G** **Dati relativi all'assegno di incollocabilità**

Fornire le informazioni richieste e barrare le caselle di specifico interesse

E' stata fatta richiesta Beneficia dell'assegno di incollocabilità **PER** Mutilati o invalidi di guerra Mutilati o invalidi di servizio

Denominazione Ente o Stato Estero Con decorrenza

Quadro **H** **Dichiarazione di opzione (PENSIONE / ASSEGNO DI INVALIDITA' e INDENNITA' DI MOBILITA')**

Il richiedente, titolare di pensione / assegno di invalidità **dichiara di optare per l'erogazione dell'indennità di mobilità** (limitatamente al periodo della concessione)

Firma del richiedente Data

Quadro **I** **Modalità di pagamento**

(1) costituito da una sola lettera (es.: A o B ecc.) (2) costituito da cinque numeri che identificano la Banca/Posta
 (3) costituito da cinque numeri che identificano l'agenzia presso cui vi è il conto corrente
 (4) costituito da max 12 caratteri che identificano il numero di conto corrente del/della richiedente

Assegno circolare Accredito sul c/c bancario / postale

	CIN	Cod. ABI/PT	CODICE CAB	CODICE CLIENTE
	(1)	(2)	(3)	(4)
	Coordinate Bancarie/Postali _____			

Quadro **L** **Mandato di assistenza e rappresentanza**

Delego il patronato sotto indicato, a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente per lo svolgimento della pratica relativa all'oggetto della presente domanda, inoltre, avendo ricevuto, a norma di quanto previsto dall'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003 l'informativa sul trattamento dei propri dati personali, ivi compresi i dati sensibili di cui all'art. 4 della norma medesima, acconsento:

- 1) al loro trattamento per il conseguimento delle finalità del presente mandato e degli scopi statutari del patronato;
- 2) che gli stessi siano comunicati all'INPS;
- 3) all'INPS di trattare i dati medesimi per gli adempimenti degli obblighi previsti dalla normativa;
- 4) alla comunicazione dei dati medesimi ad altri Enti competenti alla trattazione della pratica;
- 5) al trasferimento all'estero dei dati nei casi di prestazioni in regime internazionale;

Non consento quanto indicato ai punti

Denominazione del Patronato scelto timbro del Patronato e firma dell'operatore

Firma del richiedente Data

Quadro **M** **Delega per la trattenuta delle quote sindacali**

Autorizzo l'INPS, ai sensi dell'Art. 2 della Legge 27.12.1973 n. 852 - Art. 18 L. 223/1991, ad effettuare sull'indennità spettante - in base alla presente domanda - a titolo di quota associativa, la trattenuta nella misura di cui alla convenzione da versare alla sottoindicata Organizzazione Sindacale, inoltre avendo ricevuto a norma di quanto previsto dall'Art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003, l'informativa sul "trattamento" dei propri dati personali acconsento:

- 1) il loro trattamento per le finalità previste dallo statuto dell'Associazione;
- 2) che gli stessi siano comunicati all'INPS;
- 3) all'INPS di trattare i dati medesimi per i propri fini istituzionali e per gli adempimenti degli obblighi previsti dalla legge e dalla convenzione con l'Associazione sotto indicata.

Non consente quanto indicato ai punti

Organizzazione Sindacale scelta timbro dell'Associazione Sindacale e firma del Rappresentante

Firma del richiedente Data

Cognome

Codice fiscale

Quadro
N

Dati relativi alla composizione del Nucleo familiare (compreso il richiedente)

I SEGUENTI DATI VANNO FORNITI UNICAMENTE NEL CASO DI RICHIESTA DI ASSEGNO PER NUCLEO FAMILIARE

X	Cognome / Nome	Codice fiscale	Parentela	Comune di nascita	Data di nascita
<input checked="" type="checkbox"/>			1		
<input type="checkbox"/>			1		
<input type="checkbox"/>			1		
<input type="checkbox"/>			1		
<input type="checkbox"/>			1		
<input type="checkbox"/>			1		
<input type="checkbox"/>			1		
<input type="checkbox"/>			1		

X) Nel caso la persona sia inabile segnare [**I**] nel caso la persona sia residente all'estero segnare [**E**]

1) Indicare il grado di parentela con il richiedente: (Coniuge = **C**) (Figlio/a = **FG**) (Sorella = **SR**) (Fratello = **FR**) (Nipote = **NP**)

Stato civile del richiedente Celibe / Nubile Coniugato/a Vedovo/a Divorziato/a Separato/a legalmente Abbandonato

Il richiedente autocertifica, ai sensi della L. 445/2000 che il nucleo familiare è composto come sopra indicato.

Firma del richiedente

Dati relativi al reddito annuo conseguito dai componenti del nucleo familiare

Reddito dell'anno	Reddito assoggettabile all'IRPEF		Reddito esente da imposta o soggetto a ritenuta alla fonte a titolo di imposta o imposta sostitutiva	
Titolare del reddito	Da lavoro dipendente e assimilati	Altri redditi	Da lavoro dipendente e assimilati	Altri redditi
Richiedente				
Coniuge				
Familiare				
TOTALE				

Reddito dell'anno	Reddito assoggettabile all'IRPEF		Reddito esente da imposta o soggetto a ritenuta alla fonte a titolo di imposta o imposta sostitutiva	
Titolare del reddito	Da lavoro dipendente e assimilati	Altri redditi	Da lavoro dipendente e assimilati	Altri redditi
Richiedente				
Coniuge				
Familiare				
TOTALE				

Cognome

Codice fiscale

segue Quadro

N

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL CONIUGE DEL RICHIEDENTE

IL SOTTOSCRITTO CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE CIVILI E PENALI PREVISTE PER COLORO CHE RENDONO ATTESTAZIONI FALSE, DICHIARA DI NON PERCEPIRE E DI NON AVER RICHiesto ALCUN TRATTAMENTO DI FAMIGLIA COMUNQUE DENOMINATO, ITALIANO O ESTERO PER LE PERSONE INDICATE AL QUADRO "N". IN CASO DI RICHIESTA DEL TRATTAMENTO DI FAMIGLIA PER LE PREDETTE PERSONE PER IL PERIODO DI VALIDITA' DELLA PRESENTE DOMANDA, SI IMPEGNA A DARNE IMMEDIATA COMUNICAZIONE ALLA SEDE INPS CUI E' RIVOLTA LA PRESENTE DOMANDA.

DATA

FIRMA _____

Quadro

O

RICHIESTA DEL CONIUGE DELL'AVENTE DIRITTO ALL'EROGAZIONE DELL'ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE.

Cognome

Nome

Data di nascita

Codice fiscale

M / F

Comune o Stato estero di nascita

Prov.

Cittadinanza

Comune di residenza / Domicilio

Indirizzo

C.A.P.

Prov.

Telefono

E-mail

IN QUALITA' DI CONIUGE DELL'AVENTE DIRITTO DICHIARA, CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE CIVILI E PENALI PREVISTE PER COLORO CHE RENDONO DICHIARAZIONI FALSE, DI NON ESSERE TITOLARE DI UN AUTONOMO DIRITTO ALLA CORRESPONSIONE DELL'ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE, CHIEDE IL PAGAMENTO DELL'ASSEGNO AI SENSI DELL'ART. 1, COMMA 559, DELLA LEGGE 30 DICEMBRE 2004, n. 311

MODALITA' DI PAGAMENTO

Assegno circolare / Sportello postale

Accredito sul c/c bancario / postale

CIN
(1)

Cod. ABI/PT
(2)

CODICE CAB
(3)

CODICE CLIENTE
(4)

Coordinate Bancarie / Postali _____

(1) è costituito da una sola lettera (es.: A o B ecc.)

(2) è costituito da cinque numeri che identificano la Banca/Posta

(3) è costituito da cinque numeri che identificano l'agenzia presso cui vi è il conto corrente

(4) è costituito da max 12 caratteri che identificano il numero di conto corrente del/della richiedente

DATA

FIRMA _____

Quadro

P

RICEVUTA DOMANDA

Il richiedente qui di seguito riportato, ha presentato la domanda di trattamento di disoccupazione.

Cognome	Codice fiscale	
Data di presentazione	DOMANDA n.	L'IMPIEGATO ADDETTO

La domanda è corredata dei seguenti documenti DS 22 DS 22Id E 301/E 303 Detr. IRPEF CUD

Sono stati richiesti i seguenti documenti DS 22 DS 22Id E 301/E 303 Detr. IRPEF CUD

I documenti mancanti devono essere prodotti entro e non oltre 30 giorni dalla data in cui sono stati richiesti. In difetto la pratica sarà definita allo stato degli atti.