

DOMANDA DI PRESTAZIONE DI DISOCCUPAZIONE CON REQUISITI RIDOTTI



Sede
INPS di

DOMANDA n.

Modello
DS21/Req. Rid.
COD. SR17

Quadro **A** Dati del Richiedente

Cognome	Nome	Data di nascita
Cognome del marito	Codice fiscale	M / F
Comune o stato estero di nascita	Prov.	Cittadinanza
Comune di residenza/Domicilio	Indirizzo	
C.A.P.	Prov.	Telefono
		E-mail

Quadro **B** Inoltre chiede: Assegno per nucleo familiare

Quadro **C** 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 **D** 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

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).

Firma del richiedente	Data
-----------------------	------

Quadro **H** **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 **I** **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 **L** **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 **M** **Modalità di pagamento**

Assegno circolare (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

Accredito sul c/c bancario / postale **Coordinate Bancarie/Postali** Cod. CIN (1) _____ Cod. ABI/PT (2) _____ Cod. CAB (3) _____
 N. Conto Corrente (4) _____

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 type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 <u> </u>	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	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
Coniuge	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
Familiare	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
TOTALE	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>

Reddito dell'anno <u> </u>	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	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
Coniuge	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
Familiare	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
TOTALE	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>

Quadro



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 validità della presente domanda, si impegna a darne immediata comunicazione alla sede INPS cui è rivolta la presente domanda.

Firma _____