



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 IL GG/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 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, commi 6, 22 Legge 28.02.1987 n. 56) R - Apprendista qualificato Impiegato (Art. 21, commi 6, 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"/>						

LAVORI SOCIALMENTE UTILI EFFETTUATI (LSU) SI NO

PERIODI NEL QUALE SONO STATI EFFETTUATI I LSU dal _____ al _____
dal _____ al _____



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 e' 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 asseguibili 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% (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 assicurare la progressività dell'imposizione fiscale (art. 10bis del TUIR) 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 - 4/4

G Dichiarazione di immediata disponibilità ai sensi del D. L. 185/2008 conv. dalla 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 indicati 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 entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento.

Sono consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni incluse nella domanda e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere dai benefici ottenuti.

Dichiaro che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false.

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 Ciriaco De Mita, 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.

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.