



Integrazione salariale in deroga - 1/2

Conforme al modello ministeriale - www.inps.it

ALL'UFFICIO INPS DI

- prima richiesta proroga
 pagamento tramite Inps pagamento tramite azienda

A Dati relativi all'azienda e allo stabilimento (reparto o settore autonomo) interessato alla CIG in deroga

DENOMINAZIONE AZIENDA

CODICE FISCALE MATRICOLA

LUOGO IN CUI ESERCITA L'ATTIVITA'

COMUNE PROV. CAP

N. TELEFONICO* CELLULARE*

FAX* E-MAIL*

B Dati relativi al decreto di concessione

NUMERO DECRETO DATA DECRETO

C Dati del trattamento straordinario concesso con decreto

DATI TRATTAMENTO CIG IN DEROGA															
Periodo		Pari a settimane intere di calendario	Orario contrattuale		PER SOSPENSIONE				PER RIDUZIONE				TOTALE COMPLESSIVO		
					Operai		Impiegati		Operai		Impiegati		Operai + Impiegati	N. Ore da integrare	
dal	al		Operai	Impiegati	N.	Ore CIG	N.	Ore CIG	N.	Ore CIG	N.	Ore CIG			
totale															

STUDIO 74 - www.studio74.it



* Dati facoltativi



Integrazione salariale in deroga - 2/2

D Dati relativi all'azienda e allo stabilimento (reparto o settore autonomo) interessato alla CIG in deroga

Consapevole delle conseguenze previste per chi rende dichiarazioni false (artt. 48, 73, 75 e 76 D.P.R. 445/2000), dichiaro quanto segue:

- il trattamento di integrazione salariale decorre dal _____
- i lavoratori non hanno fruito del trattamento ordinario di integrazione salariale nel periodo di intervento straordinario di cui al decreto oggetto della presente specifica.
- ciascun lavoratore ha un'anzianità lavorativa pari o superiore a 90 giorni alla data di inizio del periodo di sospensione o riduzione dell'orario, richiesto all'Amministrazione concedente.
- è stato adottato il criterio di rotazione sì no

Dichiaro che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e mi impegno a comunicare all'Inps tempestivamente qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata.

Data _____

_____ timbro e firma del titolare/legale e rappresentante

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 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.