



## Integrazione salariale straordinaria (CIGS) - 1/2

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 CIGS

DENOMINAZIONE AZIENDA

CODICE FISCALE

MATRICOLA

LUOGO IN CUI ESERCITA L'ATTIVITA'

COMUNE

PROV.

CAP

N. TELEFONICO\*

E- MAIL\*

CELLULARE\*

FAX\*

### B Dati relativi al decreto ministeriale di concessione

data decreto

n. decreto

#### Emesso per:

- CIG. ORDINARIA - Art.10 L. 223/91  
(proroga concessa dal Ministero del Lavoro)
- Art.1, comma 5, Legge 223/91  
(crisi aziendale)
- Art.1, Legge 223/91  
(ristrutturazione, conversione aziendale)
- Art.1, Legge 223/91  
(riorganizzazione aziendale)
- Art.1, comma 2, Legge 223/91  
(modifica piano ristrutturazione, conversione aziendale)
- Art.1, comma 2, Legge 223/91  
(modifica piano riorganizzazione aziendale)
- Art.1, comma 3, Legge 223/91 come sostituito dall'Art. 1, comma 4, 451/94  
(ristrutturazione, conversione aziendale) PROROGA COMPLESSA
- D.L. 05/10/2004, n. 249  
(Programma biennale di crisi aziendale per cessazione di attività)
- ALTRO (specificare) \*\*
- Art.1, comma 3, Legge 223/91 come sostituito dall'Art. 1, comma 4, Legge 451/94
- Art.3, comma 1, Legge 223/91  
(procedure concorsuali)
- Art.3, comma 2, Legge 223/91  
(procedure concorsuali)
- Legge 416/81     Art. 35     Art.37 (quotidiani)
- Art. 24, Legge 67/87 (periodici)
- Art. 4, comma 21, Legge 608/96
- Art. 7, comma 10 ter, Legge 236/93  
(amministrazione straordinaria con prosecuzione dell'esercizio d'impresa)
- Contratti di solidarietà  
(art. 1, Legge 863/84)

\* Dati facoltativi

\*\* In caso di domanda per CIGS in deroga, indicare la legge finanziaria di riferimento o altra norma costitutiva



## Integrazione salariale straordinaria (CIGS) - 2/2

### C Dati del trattamento straordinario concesso con decreto

#### DATI TRATTAMENTO CIGS

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		
					N.	Ore CIG	N.	Ore CIG	N.	Ore CIG	N.	Ore CIG				
dal	al	Operai	Impiegati	N.	Ore CIG	N.	Ore CIG	N.	Ore CIG	N.	Ore CIG	N.	Ore CIG			
<b>Totale</b>																

Conforme al modello ministeriale - www.inps.it

### D Dichiarazione di responsabilità del titolare/ legale rappresentante dell'azienda

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 iniziale della prima concessione.
- è stato adottato il criterio di rotazione  si  no

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

data \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 timbro e firma del titolare/legale e rappresentante

### E Dichiarazione di immediata disponibilità

Consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiaro che tutti i lavoratori interessati dall'intervento di integrazione salariale hanno firmato la dichiarazione di immediata disponibilità ad un percorso di riqualificazione professionale, secondo il modello predisposto dall'INPS (mod. DID - SR105).

Dichiaro inoltre che tali dichiarazioni sono conservate presso l'azienda e mi impegno ad esibirle su richiesta.

data \_\_\_\_\_

## 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 Ciriolo 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.