



## Domanda di prestazione di disoccupazione / mobilità / trattamento speciale edile 1/3

Conforme al modello ministeriale - www.inps.it

ALL'UFFICIO INPS DI

NOME   COGNOME

CODICE FISCALE   NATO/A IL GG/MM/AAAA

A   PROV.   STATO

CITTADINANZA

RESIDENTE/DOMICILIATO IN

PROV.   STATO

INDIRIZZO   CAP

TELEFONO\*   CELLULARE\*

INDIRIZZO E-MAIL\*

- Chiedo** (barrare la casella corrispondente)  
la seguente prestazione a seguito di licenziamento / dimissioni per giusta causa dall'azienda:  
.....avvenuto in data .....
- Disoccupazione ordinaria**
- Indennità di mobilità**
- Indennità per rimpatriati**
- Indennità in convenzione con i paesi a cui non si applicano i regolamenti dell'Unione Europea n° 883/2004 e n° 987/2009
- Trattamento speciale edile ex L. 427/1975;**
- Trattamento speciale edile per stato di grave crisi dell'occupazione dichiarato con decreto del Ministero del Lavoro (L. 223/1991, art. 11, comma 2);**
- Trattamento speciale edile per licenziamento a seguito di periodo di CIGS (D.L. 299/1994, conv. in L. 451/1994, art. 3, comma 3).**
- Dichiaro**
- di fruire dell'indennità di mancato preavviso sino al .....
- di non fruire dell'indennità di mancato preavviso
- Dichiaro**  
di essere in possesso dei requisiti sia per l'indennità di disoccupazione ordinaria che per il trattamento speciale edile (ex L. 427/1975) e di voler optare per il pagamento delle 90 giornate di trattamento speciale edile, fatto salvo il diritto a fruire del residuo periodo di disoccupazione ordinaria.  
Firma del richiedente .....
- Dichiaro**  
di essere titolare di assegno di invalidità e di voler optare per il pagamento dell' **indennità di mobilità / trattamento speciale di disoccupazione per l'edilizia / indennità di disoccupazione limitatamente al periodo di concessione.**  
Firma del richiedente .....
- Dichiaro**  
di non essere in stato di incapacità temporanea al lavoro e di non usufruire di indennità economiche di malattia.  
Firma del richiedente .....

\* Dati facoltativi



## Domanda di prestazione di disoccupazione / mobilità / trattamento speciale edile 2/3

Conforme al modello ministeriale - www.inps.it

● **Dichiaro**

di non essere in stato di incapacità temporanea al lavoro e di non usufruire di indennità economiche di malattia.

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

● **Dichiaro**

di essere titolare di pensione concessa da Ente diverso da Inps con decorrenza \_\_\_\_\_

Ente che eroga la pensione \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

● **Assegno per il nucleo familiare**

- non ho diritto all'assegno
- ho diritto all'assegno (obbligatorio presentare il modello ANF/PREST informatizzato, disponibile sul sito [www.inps.it](http://www.inps.it))

● **Detrazioni d'imposta**

- confermo la dichiarazione dell'anno precedente
- non chiedo alcuna detrazione
- chiedo la detrazione per lavoro dipendente e assimilati (di cui all'art. 13 del TUIR del 917/1986)
- chiedo la detrazione per carichi di famiglia (di cui all'art. 13 del TUIR del DPR 917/1986)  
 (è obbligatorio presentare il modello MV10 informatizzato debitamente compilato, disponibile sul sito [www.inps.it](http://www.inps.it))

● **Modalità di pagamento**

- Bonifico domiciliato presso Ufficio postale
- Conto corrente bancario o postale - Libretto postale - INPS card - Carte di pagamento di IBAN

● **CODICE IBAN**

*Composto da 27 caratteri*

● **Mandato di assistenza e rappresentanza**

Delego il patronato presso il quale eleggo domicilio (ai sensi dell'articolo 47 del codice civile) a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente nei confronti dell'Inps, per la trattazione della presente domanda di disoccupazione.

Patronato scelto \_\_\_\_\_ Timbro del Patronato e firma dell'operatore \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

● **Delega per la trattenuta delle quote sindacali**

Autorizzo l'Inps, ai sensi degli articoli 2 della legge 852/1973 e 18 della legge 223/1991, ad effettuare sull'indennità spettante in base alla presente domanda, a titolo di quota associativa, la trattenuta nella misura prevista dalla convenzione con l'organizzazione sindacale.

Organizzazione sindacale scelta \_\_\_\_\_ Timbro dell'Organizzazione sindacale e firma del rappresentante \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

STUDIO 74 - www.studio74.it





## Domanda di prestazione di disoccupazione / mobilità / trattamento speciale edile 3/3

### ● Stato di disoccupazione

Dichiaro di aver attestato il mio stato di disoccupazione presso il:

Centro per l'impiego del comune di \_\_\_\_\_ In data \_\_\_\_\_

Mi impegno a comunicare all'Inps:

- entro cinque giorni, la variazione della mia condizione di disoccupato;
- entro trenta giorni, la variazione dei dati relativi ai componenti e ai redditi del mio nucleo familiare
- entro trenta giorni, l'apertura di un contenzioso relativo al licenziamento.
- l'espatrio verso altro stato membro UE alla ricerca di lavoro, consapevole che il mio diritto alla prestazione di disoccupazione viene conservato per un massimo di tre mesi

**Dichiaro che le notizie da me fornite in questo modulo ed i documenti ad esso allegati rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze previste per chi rende dichiarazioni false (artt. 48, 73, 75 e 76 D.P.R. 445/2000).**

Firma del richiedente \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

### ● Richiesta di liquidazione provvisoria dell'indennità di mobilità ordinaria.

Chiedo, in attesa dell'iscrizione nelle liste di mobilità a seguito della delibera della Commissione Tripartita Regionale o Provinciale, il pagamento in via provvisoria per 120 giorni dell'indennità di mobilità ordinaria. Tale pagamento sarà effettuato se risultano soddisfatti i requisiti per il pagamento dell'indennità ordinaria di disoccupazione con i requisiti normali.

Qualora non sia accolta la mobilità ordinaria il trattamento sarà trasformato in disoccupazione ordinaria.

Firma del richiedente \_\_\_\_\_ 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 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. 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, anche per il tramite dell'agenzia stessa.*