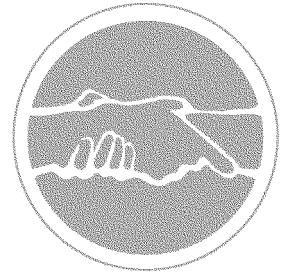




PROTOCOLLO



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

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 4 - Apprendista non soggetto a inail 5 - Apprendista soggetto a inail 6 - Lavoratore a domicilio 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, comma 6 e 22 Legge 28.02.1987 n. 56) R - Apprendista qualificato Impiegato (Art. 21, comma 6 e 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
dal _____ giorni _____ ore _____

le frazioni di ora devono essere espresse in centesimi
(es. 1 ora e 30 minuti = 1 e 50)

Articolazione settimanale dell'orario non uniformemente distribuito

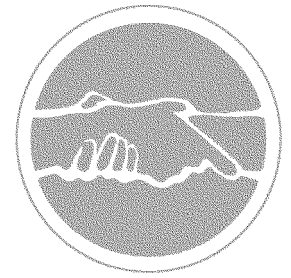
Lunedì'	Martedì'	Mercoledì'	Giovedì'	Venerdì'	Sabato	Domenica
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DELEGA SINDACALE RILASCIATA SI NO Sigla del sindacato _____
Codice del sindacato _____

LAVORI SOCIALMENTE UTILI EFFETTUATI (LSU) SI NO

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

* Dati facoltativi



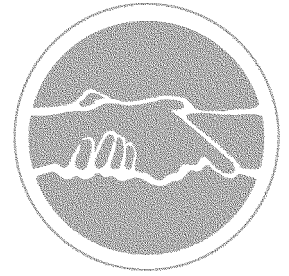
**Integrazione salariale ordinaria/straordinaria e in deroga (CIG o CIGS)
 Prospetto per il pagamento diretto - 2/4**

C Dati per il pagamento delle mensilita' 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	
2011	1	0	N	00,00	N	10,00	S	12,00	S	12,00	S	12,00	N	02,00	48,00

4		5	6		7	8		9
RETRIBUZIONE ORARIA		TRATTENUTE DI PENSIONE	APPLICAZIONE DELLA DETRAZIONE LAV.DIP.		RETRIBUZIONE MENSILE	ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE		% DI RIDUZIONE DEL TRATTAMENTO
per calcolo CIG	pagata da azienda			N. gg	importo	N. componenti	importo ANF	
7,03	0,00	0,00	<input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> no	00	1253,88		0,00	
			<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no					
			<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no					
			<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no					
			<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no					
			<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no					

sezione 1 - mese e anno di riferimento della mensilita' nella forma "aaaa/mm"
 sezione 2 - **0** se si tratta di pagamento, **3** se si tratta di conguagli su CIG gia' 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 e' accreditabile figurativamente come numero in quanto vi sono emolumenti erogati dalla Azienda ed assoggettabili 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 e' 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% al netto delle quote di mensilita' aggiuntive (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 LAVORO DIPENDENTE per assicurare la progressivita' dell'imposizione fiscale ed il numero di giorni per i quali si chiede la DETRAZIONE.
 sezione 7 - indicare la retribuzione mensile, comprensiva dei ratei di mensilita' 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 - 3/4**

D Dati per il pagamento delle mensilita' aggiuntive

1		2		3	4		5
MENSILITA' AGGIUNTIVE		PERIODO		ORE INTEGRATE NEL PERIODO	RATEO ORARIO		IMPORTO TRATTENUTE PENSIONE
anno	13a o 14a	dal gg/mm	al gg/mm		per calcolo CIG	pagate da azienda	
2011	13	03/01	31/01	48,00	00,58	00,00	0,00

- sezione 1 - anno e mese di riferimento della mensilita' nella forma "aaaa/mm" (dove per "mm" deve essere indicata la mensilita' aggiuntiva, 13a o 14a)
- sezione 2 - il periodo per ciascuna mensilita' aggiuntiva nella forma "gg/mm" (se il periodo e' a cavallo di due anni effettuare una registrazione per ogni anno)
- sezione 3 - le ore integrate nel periodo di riferimento nella forma "nnnn,cc" - le frazioni di ora devono essere espresse in centesimi (es. 1 ora e 30 minuti = 1 e 50)
- sezione 4 - nelle rispettive colonne:
 per calcolo CIG = il rateo orario della mensilita' aggiuntiva al 100%
 pagate da azienda = il rateo orario erogato dall'Azienda per le stesse ore di CIG ed assoggettato a contribuzione
- sezione 5 - l'ammontare della trattenuta di pensione correlata alla mensilita' aggiuntiva

E Dati per il pagamento quote TFR

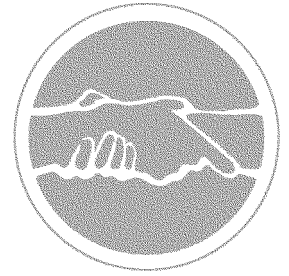
1		2	3
PERIODO (gg/mm/aaaa)		IMPORTO LORDO	IMPORTO IRPEF
dal	al		

- sezione 1 - il periodo ininterrotto di sospensione immediatamente precedente la risoluzione del rapporto di lavoro nella forma "gg/mm/aaaa"
- sezione 2 - l'importo lordo del trattamento di fine rapporto (TFR) maturato nel predetto periodo
- sezione 3 - l'importo della ritenuta Irpef da operare sulla quota di TFR a carico dell'Inps

F Modalita' di pagamento

- bonifico presso ufficio postale
- accredito sul mio conto corrente bancario o postale

CODICE IBAN I T 9 9 X 0 3 0 7 5 0 0 2 0 0 8 1 0 0 0 0 0 0 0 0 1



**Integrazione salariale ordinaria/straordinaria e in deroga (CIG o CIGS)
 Prospetto per il pagamento diretto - 4/4**

**G Dichiarazione di immediata disponibilita' 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'attivita' o per procedure concorsuali con cessazione dello esercizio dell'impresa per i quali non sia previsto il rientro in azienda ad aderire ad una proposta di lavoro congruo.
- Il sottoscritto e' 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 gia' maturati.

Data _____ Firma _____

H Dichiarazioni di responsabilita' del/della dipendente

Dichiaro che per i periodi indicati nel punto "C", non ho prestato attivita' lavorativa retribuita, non ho percepito indennita' di mancato preavviso e non ho percepito ne' chiesto altri trattamenti previdenziali (disoccupazione, malattia, maternita' ecc.) comunque incompatibili e incumulabili con l'integrazione salariale.

Mi impegno inoltre a comunicare all'Inps qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata.

Dichiaro che le notizie da me fornite in questo modulo rispondono a verita' e sono consapevole delle conseguenze previste per chi rende attestazioni false (artt.48, 73, 75 e 76 D.P.R. 445/2000).

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 Ciro il Grande, 21, in qualita' 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, nonche' 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 avverra', anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati e istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalita' per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno conoscere i suoi dati altri soggetti, che forniscono servizi o svolgono attivita' strumentali per conto dell'Inps e operano in qualita' 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 e' obbligatorio e la mancata fornitura potra' comportare impossibilita' o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano.

L'Inps la informa, infine, che e' nelle sue facolta' 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, la istanza deve essere presentata al direttore provinciale o subprovinciale, anche per il tramite dell'agenzia stessa.