

Domanda di Naspi

DATI ANAGRAFICI RICHIEDENTE

Cognome Nome:

Data Di Nascita:

Comune Di Nascita:

Residenza

Via:

Cap:

Comune:

Cittadinanza:

CONTATTI RICHIEDENTE

cellulare:

email:

pec:

ULTIMO RAPPORTO DI LAVORO RICHIEDENTE

Data Di Cessazione:

Motivo Di Cessazione:

Datore Di Lavoro:

Ragione Sociale:

Indirizzo:

Cap:

Comune:

Categoria Lavorativa:

MODALITA' DI PAGAMENTO:

[illegible]

Carica Di Socio Di Società Di Persone O Di Capitali: Si No

Iscrizione Albo Professionale/ Cassa Professionale: Si No

Titolare partita IVA e/o codice REA: Si No

Iscrizione gestione separata: Si No

iscrizione gestione artigiani e commercianti: Si No

attività subordinata: Si No

attività autonoma occasionale: Si No

Periodi di lavori all'estero: Si No

Indennità mancato preavviso: Si No

Licenziamento per superamento del periodo di comportamento di malattia: Si No

Stato infortunio sul lavoro/malattia professionale: Si No

Stato malattia o ricovero al momento della presentazione domanda: Si No

Stato malattia o ricovero alla data di cessazione del rapporto di lavoro: Si No

Stato maternità: Si No

Titolare di assegno di invalidità: Si No

Titolare di pensione: Si No

Dichiarazione di immediata disponibilità

Ai sensi dell'art. 21 del decreto legislativo n. 150 del 2015, questa domanda di indennità Naspi equivale a dichiarazione di immediata disponibilità.

Centro per l'impiego:

I dati anagrafici, il domicilio, i contatti e le seguenti informazioni del richiedente saranno comunicati al Centro per l'impiego selezionato:

data inizio disoccupazione:

ultimo datore di lavoro:

ultima qualifica dichiarata:

L'assicurato ha dichiarato di comunicare al suddetto Centro per l'Impiego eventuali variazioni dei dati anagrafici, del domicilio e dei recapiti telematici.

Delega sindacale

Dichiaro avvalendomi di quanto disposto dagli articoli 46 e 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 445 del 2000, e consapevole delle sanzioni penali di cui all'articolo 76 del citato Decreto del Presidente della Repubblica, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi, di essere iscritto al Sindacato o all'Associazione seguente:

Sigla Sindacale / Associazione: FNASLA- CISAL- FIADEL

Confederazione: FED. ITALIANA AUTONOMA DIP. ENTI LOCALI

Dichiaro di:

- delegare l'INPS, quale ente erogante la prestazione, ad effettuare, su tutti i pagamenti della prestazione medesima e salvo revoca, la trattenuta dei contributi associativi a favore del/della Sindacato/Associazione sopra indicato/a, nella misura prevista dalla convenzione con l'organizzazione sindacale.
- essere a conoscenza che posso comunicare direttamente all'INPS la volontà di revocare la delega per la riscossione della quota associativa e che l'Istituto provvederà nel più breve tempo possibile all'elaborazione dell'istanza di revoca.

Luogo

Data

Firma del Richiedente

Dichiarazione di responsabilità

- **Mi impegno** a comunicare all'INPS qualsiasi variazione entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento.
- **Dichiaro** che le notizie da me fornite in questo modulo e i documenti ad esso allegati rispondono a verità; sono consapevole che l'INPS effettuerà controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive e che, in caso di dichiarazioni false, sono previste sanzioni penali e la decadenza dai benefici ottenuti (articoli 46, 47, 71, 75 e 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 445 del 2000).

Luogo

Data

Firma del Richiedente