



**ELENCO DEI LAVORATORI BENEFICIARI DEL TRATTAMENTO STRAORDINARIO DI INTEGRAZIONE SALARIALE
(Da compilare per ogni beneficiario)**

POSTO A CONGUAGLIO CON ILDM10/2 DEL

Sede di

DATA DECRETO MINISTERIALE

DATA MOD. I.G.I. 6/Str.

NUMERO MOD. I.G.I. 6/Str.

Pag. 1 di 02

A

DATI RELATIVI ALL'AZIENDA

DENOMINAZIONE

N. MATRICOLA

CODICE FISCALE

LOCALITA' UNITA' PRODUTTIVA

PROV.

B

DATI RELATIVI AL DIPENDENTE N.

COGNOME

NOME

M/F

DATA DI NASCITA

COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA

PROV. CODICE FISCALE

INDIRIZZO (Frazione, Via, Piazza, etc., n.)

C.A.P.

COMUNE DI RESIDENZA

PROV.

Stato Civile

N. TELEFONICO

CODICE INDIVIDUALE O1/M

Titolo di studio

QUALIFICA

DATA DI ASSUNZIONE

DATA DI CESSAZIONE

ORARIO CONTRATTUALE SETTIMANALE

ORARIO SETTIMANALE PART-TIME

DATA INIZIO PART-TIME

DATA IN. ORARIO SETT. PIENO

SPECIFICA TRATTAMENTO DI INTEGRAZIONE SALARIALE STRAORDINARIA

ANNO	MESE	IMPORTO RETRIBUZIONE		N. SETTIMANE DI CIG	N. ORE DI CIG.	IMPORTO MESSO A CONGUAGLIO (al netto della riduzione ex art. 26, L. 41/86)	IMPORTO QUOTE TFR		Partecipa a lavori socialmente utili	RISERV. INPS
		MENSILE	ORARIA PER CALCOLO CIG				SOSP.	RID.		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
										12
									<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	<input type="checkbox"/> SI
TOTALE										

MENSILITA' AGGIUNTIVE

PERIODO		(*)	N. ORE DA INTEGRARE	IMPORTO RATEO ORARIO	IMPORTO A CONGUAGLIO (nei limiti del massimale)
DAL	AL				
13	14	15	16	17	18
TOTALE					

(*) Indicare se trattasi di 13^ ovvero di 14^, in quest'ultimo caso indicare anche l'anno di riferimento.

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL DIPENDENTE

IO SOTTOSCRITTO DICHIARO DI AVER RISCOSSO GLI IMPORTI RELATIVI AI PERIODI DI CIG E DI QUOTE AGGIUNTIVE INDICATI NEL PROSPETTO, DIMINUITI DELLE RITENUTE FISCALI. DICHIARO, INOLTRE, DI NON AVER PRESTATO, NEL PREDETTO PERIODO, ATTIVITA' LAVORATIVA RETRIBUITA, DI NON AVER PERCEPITO INDENNITA' DI MANCATO PREAVVISO NON AVER PERCEPITO NE' RICHIESTO ALTRI TRATTAMENTI PREVIDENZIALI (Disoccupazione, Malattia, Maternita', etc.) COMUNQUE INCOMPATIBILI O INCUMULABILI CON L'INTEGRAZIONE SALARIALE.

PRESO ATTO DELL'INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 10 DELLA LEGGE 31.12.1996, N. 675, ACCONSENTO, QUALORA NECESSARIO,

ALL'ISTRUZIONE, ALLA DEFINIZIONE E ALLA COMUNICAZIONE INERENTE LA RICHIESTA: 1) AL TRATTAMENTO DI EVENTUALI DATI SENSIBILI; 2) AL TRASFERIMENTO DEI MIEI DATI PERSONALI E SENSIBILI ALL'ESTERO; 3) ALLA COMUNICAZIONE DEI MIEI DATI PERSONALI E SENSIBILI A SOGGETTI CHE GESTISCONO SERVIZI INFORMATICI, DI POSTALIZZAZIONE E ARCHIVIAZIONE E AL TRATTAMENTO DEI DATI STESSI DA PARTE DI TALI SOGGETTI; 4) ALLA COMUNICAZIONE DEI MIEI DATI SENSIBILI, PER FINI DIVERSI DA THOS CONNESSI ALLA PRESENTE RICHIESTA, AD ALTRI ENTI O AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE OVE CIÒ SIA NECESSARIO PER LO SVOLGIMENTO DELLE RISPECTIVE FUNZIONI CONSAPEVOLE DEL FATTO CHE IL MANCATO CONSENSO PUÒ COMPORTARE L'IMPOSSIBILITÀ DI DEFINIRE O NOTEVOLI RITARDI NELLA DEFINIZIONE LA PRESENTE RICHIESTA NON CONSENTO A QUANTO INDICATO AI PUNTI

DATA _____

FIRMA _____

RISERVATO ALL'IMPRESA

IL SOTTOSCRITTO ATTESTA DI AVER CORRISPOSTO IL TRATTAMENTO DI INTEGRAZIONE SALARIALE STRAORDINARIA A N. _____ LAVORATORI INDICATI NEL PRESENTE ELENCO. DICHIARA INOLTRE CHE I PREDETTI LAVORATORI HANNO UN'ANZIANITÀ LAVORATIVA PARI O SUPERIORE A 90 GIORNI ALLA DATA INIZIALE DELLA PRIMA CONCESSIONE.

TIMBRO DELLA DITTA

FIRMA TITOLARE/LEGALE RAPPRESENTANTE

RISERVATO ALL'INPS

PER CONVALIDA DI QUANTO INDICATO PER CIASCUN PERCETTORE DI CIGS, RELATIVAMENTE ALLA RIDUZIONE O MENO DELL'INDENNITÀ DI MOBILITÀ.

FIRMA OPERATORE

FIRMA REVISORE

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

QUADRO A =indicare i dati relativi all'azienda e all'unità produttiva; **QUADRO B**= oltre ai dati anagrafici specificare: **STATO CIVILE:** 1 (se celibe/nubile), 2 (se coniugato), 3 (se separato legalmente), 4 (se divorziato), 5 (se abbandonato); **COD.IND.O1/M**(quello dell'O1/M)

TITOLO DI STUDIO= 1(se nessuno), 2 (se in possesso della licenza elementare), 3 (se in possesso della licenza di scuola media superiore di 1° grado), 4 (se in possesso della licenza di scuola media superiore di 2 grado), 5 (se laureato); **QUALIFICA**= (quella riportata nell'O1/M); **DATA DI ASSUNZIONE** (la data di assunzione presso l'azienda); **DATA DI CESSAZIONE** (la data di cessazione dell'attività presso l'azienda); **ORARIO CONTRATTUALE SETTIMANALE**(indicare le ore di lavoro effettuate in contratto di solidarietà');

ORARIO SETTIMANALE PART-TIME (in caso di part-time, indicare l'orario settimanale); **DATA INIZIO PART-TIME** (la data di inizio del part-time); **DATA INIZIO ORARIO SETTIMANALE PIENO** (nel caso in cui il dipendente passi da part-time ad orario pieno); **SPECIFICA TRATTAMENTO DI INTEGRAZIONE SALARIALE STRAORDINARIA** = INDICARE NELLE RISPETTIVE COLONNE: **COL.1** (l'anno di riferimento della mensilità nella forma AA); **COL.2** (il mese di riferimento nella forma MM); **COL.3**(la retribuzione mensile comprensiva dei ratei di mensilità aggiuntive), **COL.4** (la retribuzione oraria al 100%), **COL.5** (il n. di settimane **COL.6** (il n. di settimane di integrazione parziale), **COL.7** (il n. di ore di cig -le frazioni devono essere espresse in centesimi, es. 1 ora e 30 minuti=1,50); **COL. 8** (l'importo che viene messo a conguaglio al netto della riduzione ex. art.26,L.41/86), **COL.9**(l'importo delle quote di TFR maturate nel mese di cig), **COL.10** (l'importo delle quote di TFR conguagliate), **COL.11** (barrare la relativa casella se il dipendente partecipa a lavori socialmente utili);

MENSILITÀ AGGIUNTIVE: COLONNA 13 e 14 (indicare il periodo cui si riferisce la mensilità aggiuntiva), **COL.15** (13 se trattasi di tredicesima, 14 negli altri casi con accanto l'anno di riferimento - es.14'92), **COL.16** (le ore da integrare nel periodo di riferimento). **COL.17** (l'importo del rateo orario della mensilità aggiuntiva al 100%), **COL.18** (l'importo totale dei ratei di mensilità aggiuntive erogate, nei limiti del massimale, per il periodo di riferimento della mensilità). **DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ DEL/DELLA DIPENDENTE:** ciascun dipendente dovrà apporre la propria firma in calce alla dichiarazione resa. Quadro RISERVATO ALL'IMPRESA = il titolare/legale rappresentante deve indicare il n. complessivo dei lavoratori ai quali ha corrisposto il trattamento di integrazione salariale straordinaria e dichiarare che gli stessi hanno una anzianità lavorativa pari o superiore a 90 giorni dalla data iniziale della 1^ concessione.