



## Dichiarazione del datore di lavoro

### Per la concessione dell'indennità di disoccupazione ai lavoratori addetti ai servizi domestici e familiari - 1/3

(da allegare alla domanda di disoccupazione, Mod. DS21)

#### Dati relativi al datore di lavoro

NOME	<input type="text"/>	COGNOME	<input type="text"/>
CODICE FISCALE	<input type="text"/>	NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>
A	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>
STATO	<input type="text"/>		
SESSO	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	COGNOME DEL CONIUGE	<input type="text"/>
CITTADINANZA	<input type="text"/>		
RESIDENTE IN	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>
STATO	<input type="text"/>		
INDIRIZZO	<input type="text"/>	CAP	<input type="text"/>
TELEFONO *	<input type="text"/>	CELLULARE *	<input type="text"/>
INDIRIZZO E-MAIL*	<input type="text"/>		

#### Dati anagrafici del dipendente

NOME	<input type="text"/>	COGNOME	<input type="text"/>
CODICE FISCALE	<input type="text"/>	NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>
A	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>
STATO	<input type="text"/>		
SESSO	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	COGNOME DEL CONIUGE	<input type="text"/>
CITTADINANZA	<input type="text"/>		
RESIDENTE IN	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>
STATO	<input type="text"/>		
INDIRIZZO	<input type="text"/>	CAP	<input type="text"/>
TELEFONO *	<input type="text"/>	CELLULARE *	<input type="text"/>
INDIRIZZO E-MAIL*	<input type="text"/>		



## Dichiarazione del datore di lavoro

Per la concessione dell'indennità di disoccupazione ai lavoratori addetti ai servizi domestici e familiari - 2/3

**Dati relativi al rapporto di lavoro**

Qualifica rivestita \* \_\_\_\_\_ Livello  A  B  C  D  
 Data assunzione \_\_\_\_\_ Data del  licenziamento o delle  dimissioni \_\_\_\_\_  
 Motivo \_\_\_\_\_  
 Con diritto all'indennità di mancato preavviso  SI  NO  
 per giorni \_\_\_\_\_ e per un importo complessivo pari a euro \_\_\_\_\_

**Dati relativi ai periodi di assenza del/della lavoratore/lavoratrice**

Periodi di assenza non retribuita		Motivi dell'assenza
dal	al	

**Dati relativi agli ultimi due anni di attività del/della lavoratore/lavoratrice \*\***

Anno	Trimestre solare 1°-2°-3°-4°	N° ore lavorate	Retribuzione oraria convenzionale	Contributo assegni familiari		Retribuzione percepita															
						In tutte le sett. del mese	In ciascuna settimana del mese indicato														
							1° mese					2° mese					3° mese				
SI	NO	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					

In alternativa alla compilazione del prospetto allego n° \_\_\_\_\_ ricevute di bollettini di c/c postale.

\* Deve essere indicata la qualifica rivestita tenendo presente che, per effetto dell'ultimo contratto collettivo nazionale, i lavoratori domestici sono inquadrati in quattro differenti livelli (A,B,C,D), a ciascuno dei quali corrispondono due parametri retributivi: normale e super. Per maggiori informazioni consultare il sito [www.inps.it](http://www.inps.it).

\*\* Le notizie da indicare per ciascun trimestre debbono corrispondere a quelle riportate sui bollettini di c/c postale utilizzati per il versamento dei contributi. Anziché compilare il prospetto relativo agli ultimi due anni di attività, possono essere allegate le ricevute attestanti il versamento dei contributi trimestrali sempre che contengano tutti i dati previsti dal prospetto. Le ricevute saranno poi restituite al datore di lavoro.



## Dichiarazione del datore di lavoro

### Per la concessione dell'indennità di disoccupazione ai lavoratori addetti ai servizi domestici e familiari - 3/3

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false, dichiara che le notizie fornite rispondono a verità e sono conformi alla documentazione aziendale

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma \_\_\_\_\_

## 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 o subprovinciale, anche per il tramite dell'agenzia stessa.