

# DOMANDA DI PRESTAZIONE DI DISOCCUPAZIONE CON REQUISITI RIDOTTI



Sede  
**INPS** di

DOMANDA n.

Modello  
**DS21/Req. Rid.**  
COD. SR17

## Quadro **A** Dati del Richiedente

Cognome	Nome	Data di nascita
Cognome del marito	Codice fiscale	M / F
Comune o stato estero di nascita	Prov.	Cittadinanza
Comune di residenza/Domicilio	Indirizzo	
C.A.P.	Prov.	Telefono
		E-mail

Quadro **B** Inoltre chiede:  Assegno per nucleo familiare

## Quadro **C** Mandato di assistenza e rappresentanza

Delego il patronato sotto indicato, a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente per lo svolgimento della pratica relativa all'oggetto della presente domanda, inoltre, avendo ricevuto, a norma di quanto previsto dall'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003 l'informativa sul trattamento dei propri dati personali, ivi compresi i dati sensibili di cui all'art. 4 della norma medesima, acconsento:

- 1) al loro trattamento per il conseguimento delle finalità del presente mandato e degli scopi statutari del patronato;
- 2) che gli stessi siano comunicati all'INPS;
- 3) all'INPS di trattare i dati medesimi per gli adempimenti degli obblighi previsti dalla normativa;
- 4) alla comunicazione dei dati medesimi ad altri Enti competenti alla trattazione della pratica;
- 5) al trasferimento all'estero dei dati nei casi di prestazioni in regime internazionale;

Non consento quanto indicato ai punti

Denominazione del Patronato scelto	timbro del Patronato e firma dell'operatore
Firma del richiedente	Data

## Quadro **D** Delega per la trattenuta delle quote sindacali

Autorizzo l'INPS, ai sensi dell'Art. 2 della Legge 27.12.1973 n. 852 - Art. 18 L. 223/1991, ad effettuare sull'indennità spettante - in base alla presente domanda - a titolo di quota associativa, la trattenuta nella misura di cui alla convenzione da versare alla sottoindicata Organizzazione Sindacale, inoltre avendo ricevuto a norma di quanto previsto dall'Art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003, l'informativa sul "trattamento" dei propri dati personali acconsento:

- 1) il loro trattamento per le finalità previste dallo statuto dell'Associazione;
- 2) che gli stessi siano comunicati all'INPS;
- 3) all'INPS di trattare i dati medesimi per i propri fini istituzionali e per gli adempimenti degli obblighi previsti dalla legge e dalla convenzione con l'Associazione sotto indicata.

Non consente quanto indicato ai punti

Organizzazione Sindacale scelta	timbro dell'Associazione Sindacale e firma del Rappresentante
Firma del richiedente	Data

## Dichiarazione di responsabilità del richiedente

Consapevole delle conseguenze civili previste per coloro che rendono false attestazioni, dichiaro sotto la mia responsabilità che le notizie fornite in tutti i quadri della presente domanda, rispondono a verità. Mi impegno inoltre a fornire tempestivamente all'INPS notizie inerenti:

- Eventuale impugnativa dell'atto di licenziamento;
- Qualsiasi evento che possa influire sul mio stato di disoccupato (perdita dello stato di disoccupato, avviamento al lavoro, trasferimento all'estero) e sul diritto a percepire il relativo trattamento.

Sono a conoscenza che la mancata o tardiva denuncia delle situazioni sopra indicate comporterà, oltre alle responsabilità civili previste dalla legge, il recupero delle somme che risulteranno percepite indebitamente. Autorizzo l'INPS ad utilizzare i dati forniti esclusivamente per il procedimento amministrativo in corso (decreto legislativo n. 196/2003).

Firma del richiedente	Data
-----------------------	------



Quadro **H** **Dati relativi alla titolarità di pensione**

Fornire le informazioni richieste e barrare le caselle di specifico interesse

Ha fatto richiesta ovvero beneficia di pensione  SI  NO Con decorrenza   Pensione INPS  Altro Ente o Stato Estero

Tipo pensione:  Diretta  Indiretta  Rendita per infortunio  Invalidità civile

Indicare Ente erogatore di pensione

Quadro **I** **Dati relativi all'assegno di incollocabilità**

Fornire le informazioni richieste e barrare le caselle di specifico interesse

E' stata fatta richiesta  Beneficia dell'assegno di incollocabilità **PER**  Mutilati o invalidi di guerra  Mutilati o invalidi di servizio

Denominazione Ente o Stato Estero  Con decorrenza

Quadro **L** **Dichiarazione di opzione (PENSIONE / ASSEGNO DI INVALIDITA' e INDENNITA' DI MOBILITA')**

Il richiedente, titolare di pensione / assegno di invalidità **dichiara di optare per l'erogazione dell'indennità di mobilità** (limitatamente al periodo della concessione)

Firma del richiedente  Data

Quadro **M** **Modalità di pagamento**

Bonifico domiciliato presso Ufficio postale

Accredito sul conto corrente bancario o postale (indicare le coordinate bancarie che possono essere rilevate dall'estratto conto bancario)

Codice IBAN  Composto da 27 caratteri

Quadro **N** **Dati relativi alla composizione del Nucleo familiare (compreso il richiedente)**

I SEGUENTI DATI VANNO FORNITI UNICAMENTE NEL CASO DI RICHIESTA DI ASSEGNO PER NUCLEO FAMILIARE

X	Cognome / Nome	Codice fiscale	Parentela	Comune di nascita	Data di nascita
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**X)** Nel caso la persona sia inabile segnare [ I ] nel caso la persona sia residente all'estero segnare [ E ]

**1)** Indicare il grado di parentela con il richiedente: (Coniuge = **C**) (Figlio/a = **FG**) (Sorella = **SR**) (Fratello = **FR**) (Nipote = **NP**)

Stato civile del richiedente  Celibe / Nubile  Coniugato/a  Vedovo/a  Divorziato/a  Separato/a legalmente  Abbandonato

Il richiedente autocertifica, ai sensi della L. 445/2000 che il nucleo familiare è composto come sopra indicato.

Firma del richiedente

## Dati relativi al reddito annuo conseguito dai componenti del nucleo familiare

Reddito dell'anno <u>    </u>	Reddito assoggettabile all'IRPEF		Reddito esente da imposta o soggetto a ritenuta alla fonte a titolo di imposta o imposta sostitutiva	
Titolare del reddito	Da lavoro dipendente e assimilati	Altri redditi	Da lavoro dipendente e assimilati	Altri redditi
Richiedente	<u>    </u>	<u>    </u>	<u>    </u>	<u>    </u>
Coniuge	<u>    </u>	<u>    </u>	<u>    </u>	<u>    </u>
Familiare	<u>    </u>	<u>    </u>	<u>    </u>	<u>    </u>
TOTALE	<u>    </u>	<u>    </u>	<u>    </u>	<u>    </u>

Reddito dell'anno <u>    </u>	Reddito assoggettabile all'IRPEF		Reddito esente da imposta o soggetto a ritenuta alla fonte a titolo di imposta o imposta sostitutiva	
Titolare del reddito	Da lavoro dipendente e assimilati	Altri redditi	Da lavoro dipendente e assimilati	Altri redditi
Richiedente	<u>    </u>	<u>    </u>	<u>    </u>	<u>    </u>
Coniuge	<u>    </u>	<u>    </u>	<u>    </u>	<u>    </u>
Familiare	<u>    </u>	<u>    </u>	<u>    </u>	<u>    </u>
TOTALE	<u>    </u>	<u>    </u>	<u>    </u>	<u>    </u>

Quadro



### DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL CONIUGE DEL RICHIEDENTE

Il sottoscritto consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara di non percepire e di non aver richiesto alcun trattamento di famiglia comunque denominato, italiano o estero per le persone indicate al quadro "N".

In caso di richiesta del trattamento di famiglia per le predette persone per il periodo di validità della presente domanda, si impegna a darne immediata comunicazione alla sede INPS cui è rivolta la presente domanda.

Firma \_\_\_\_\_