

## DOMANDA DI PRESTAZIONE DI DISOCCUPAZIONE

Sede  
**INPS** di \_\_\_\_\_

DOMANDA n. \_\_\_\_\_

Modello  
**DS21**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** **Tipologia di prestazione richiesta**

<input type="checkbox"/> Disoccupazione ordinaria	<input type="checkbox"/> Disoccupazione con requisiti ridotti	<input type="checkbox"/> Indennità di mobilità	<input type="checkbox"/> Indennità per rimpatriati	<input type="checkbox"/> Indennità per frontalieri	<input type="checkbox"/> Indennità convenzione U.E. (ex CEE)
<input type="checkbox"/> Trattamento speciale edile	<input type="checkbox"/> Assegno per nucleo familiare	<input type="checkbox"/> Trattamento economico più favorevole	<input type="checkbox"/> Altro (indicare)		

Tavola **1** **Dichiarazioni e informazioni relative alla concessione delle prestazioni ed alle condizioni di accertamento dei dati personali**

## DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiaro di aver reso dichiarazione di immediata disponibilità al lavoro al:

CENTRO PER L'IMPIEGO DEL COMUNE DI	In data
Firma del richiedente	Data

## IL DIRITTO E' SALVO SOLO SE IL RICHIEDENTE RISULTA DISOCCUPATO

Il richiedente dovrà comunicare entro 5 giorni la data in cui si verifica un qualsiasi evento che influisce sulla Sua condizione di disoccupato.

Con il modello DS56 bis dovrà inoltre - in presenza di trattamenti diversi dell'indennità di mobilità, requisiti ridotti, trattamenti speciali edili di durata superiore a 90 giorni - dichiarare la Sua condizione ininterrotta di disoccupato, dopo la scadenza del termine massimo pagabile.

Si sottolinea l'obbligo della restituzione del modello DS56 bis che consentirà al richiedente di ottenere il saldo dell'indennità di disoccupazione ed il riconoscimento della contribuzione figurativa.

Tavola **2** **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  
C

Dati relativi al primo / ultimo rapporto di lavoro dipendente

Fornire le informazioni richieste

Data iniziale del rapporto di lavoro dipendente (X)

(X) Riportare la data iniziale del primo rapporto di lavoro dipendente nell'arco della vita lavorativa

Non compilare i seguenti dati se la domanda interessa la disoccupazione con requisiti ridotti

Data INIZIALE dell'ultimo rapporto di lavoro

Data FINALE dell'ultimo rapporto di lavoro

Rivestivo la qualifica di:

☐ Operaio

☐ Impiegato

☐ Quadro

☐ Dirigente

☐ Apprendista

Cessato per:

☐ Licenziamento

☐ Dimissioni

☐ Sospensione

Rimpatrio in data

Denominazione dell'ultimo datore di lavoro

Comune

Indirizzo

Prov.

C.A.P.

Quadro  
D

Dati relativi al periodo di contribuzione / assicurazione da attività lavorativa

Fornire le informazioni richieste

- A Nel caso di domanda di disoccupazione con requisiti ridotti, devono essere dichiarati tutti i rapporti di lavoro intervenuti nell'anno solare precedente.
- B Nel caso di domanda che interessa qualsiasi altra indennità di cui al quadro B, considerare i due anni precedenti la data di interruzione del rapporto di lavoro

Settore nel quale è stata svolta l'attività <sup>1</sup>	Denominazione del datore di lavoro <sup>2</sup>	Periodo di attività dal / al		Motivo d'interruzione <sup>3</sup>

1) **Indicare se:** Agricolo, non agricolo, domestico, frontaliero, marittimo, stagionale, all'estero, in progetto LSU/LPU, a domicilio, attività autonoma, socio di cooperativa, collaborazioni coordinatecontinueative etc. 2) **Indicare se:** Azienda, Ente, Stato Estero presso cui è stata svolta l'attività. 3) **Indicare se:** per licenziamento, dimissioni, sospensione. N.B.: Se insegnante allegare eventuale certificato di servizio.

Quadro  
E

Dati relativi alla situazione soggettiva

Considerare l'anno o gli anni secondo le indicazioni [ A ] e [ B ] del Quadro D

Malattia	SI	NO	Inizio periodo	Fine periodo
Maternità (obbligatoria, facoltativa)	SI	NO	Inizio periodo	Fine periodo
Infortunio	SI	NO	Inizio periodo	Fine periodo
Servizio militare di leva (o equiparato)	SI	NO	Inizio periodo	Fine periodo
Integrazione salariale(CIG - CIGS)	SI	NO	Inizio periodo	Fine periodo
Indennità di disoccupazione (precedentemente percepita)	SI	NO	Inizio periodo	Fine periodo
Sospensione di attività lavorativa	SI	NO	Inizio periodo	Fine periodo
Passaggio in ruolo (per insegnanti)	SI	NO	Inizio periodo	Fine periodo
Attività autonoma / Collaborazione	SI	NO	Inizio periodo	Fine periodo
Altro	SI	NO	Inizio periodo	Fine periodo

Modello **DS21**

Cognome  Codice fiscale

**Quadro F** **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 G** **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 H** **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 I** **Modalità di pagamento**

☐ Assegno circolare ☐ Accredito sul c/c bancario / postale

(1) costituito da una sola lettera (es.: A o B ecc.) (2) costituito da cinque numeri che identificano la Banca/Posta  
(3) costituito da cinque numeri che identificano l'agenzia presso cui vi è il conto corrente  
(4) costituito da max 12 caratteri che identificano il numero di conto corrente del/della richiedente

CIN (1)	Cod. ABI/PT (2)	CODICE CAB (3)	CODICE CLIENTE (4)
Coordinate Bancarie / Postali <input type="text"/>			

**Quadro L** **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 M** **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

Cognome

Codice fiscale

**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"/>			1		
<input type="checkbox"/>			1		
<input type="checkbox"/>			1		
<input type="checkbox"/>			1		
<input type="checkbox"/>			1		
<input type="checkbox"/>			1		
<input type="checkbox"/>			1		

**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 ☐ AbbandonatoIl 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	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				
Coniuge				
Familiare				
TOTALE				

Reddito dell'anno	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				
Coniuge				
Familiare				
TOTALE				

Cognome

Codice fiscale

segue Quadro

**N****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 VALIDITA' DELLA PRESENTE DOMANDA, SI IMPEGNA A DARNE IMMEDIATA COMUNICAZIONE ALLA SEDE INPS CUI E' RIVOLTA LA PRESENTE DOMANDA.

DATA

FIRMA \_\_\_\_\_

Quadro

**O****RICHIESTA DEL CONIUGE DELL'AVENTE DIRITTO ALL'EROGAZIONE DELL'ASSEGNO  
PER IL NUCLEO FAMILIARE.**

Cognome

Nome

Data di nascita

Codice fiscale

M / F

Comune o Stato estero di nascita

Prov.

Cittadinanza

Comune di residenza / Domicilio

Indirizzo

C.A.P.

Prov.

Telefono

E-mail

IN QUALITA' DI CONIUGE DELL'AVENTE DIRITTO DICHIARA, CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE CIVILI E PENALI PREVISTE PER COLORO CHE RENDONO DICHIARAZIONI FALSE, DI NON ESSERE TITOLARE DI UN AUTONOMO DIRITTO ALLA CORRESPONSIONE DELL'ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE, CHIEDE IL PAGAMENTO DELL'ASSEGNO AI SENSI DELL'ART. 1, COMMA 559, DELLA LEGGE 30 DICEMBRE 2004, n. 311

**MODALITA' DI PAGAMENTO**☐

Assegno circolare / Sportello postale

CIN  
(1)Cod. ABI/PT  
(2)CODICE CAB  
(3)CODICE CLIENTE  
(4)☐

Accredito sul c/c bancario / postale

Coordinate Bancarie / Postali

(1) è costituito da una sola lettera (es.: A o B ecc.)

(2) è costituito da cinque numeri che identificano la Banca/Posta

(3) è costituito da cinque numeri che identificano l'agenzia presso cui vi è il conto corrente

(4) è costituito da max 12 caratteri che identificano il numero di conto corrente del/della richiedente

DATA

FIRMA \_\_\_\_\_

Quadro

**P**

## RICEVUTA DOMANDA

Il richiedente qui di seguito riportato, ha presentato la domanda di trattamento di disoccupazione.

Cognome

Codice fiscale

Data di presentazione

DOMANDA n.

L'IMPIEGATO ADDETTO

La domanda è corredata  
dei seguenti documenti

☐

DS 22

☐

DS 22Id

☐

DL 86/88 bis

☐

E 301/E 303

☐

Detr. IRPEF

☐

CUD

Sono stati richiesti  
i seguenti documenti

☐

DS 22

☐

DS 22Id

☐

DL 86/88 bis

☐

E 301/E 303

☐

Detr. IRPEF

☐

CUD

I documenti mancanti devono essere prodotti entro e non oltre 30 giorni dalla data in cui sono stati richiesti.  
In difetto la pratica sarà definita allo stato degli atti.