

modulo A1: da compilarsi a cura del richiedente

**DOMANDA DI SUSSIDIO AL REDDITO PER I LAVORATORI LICENZIATI
SETTORE INDOTTO AUTOMOBILISTICO**

Convenzione Ministero del Lavoro e Regione Piemonte del 16/07/2003

A) DATI ANAGRAFICI

cognome nome cognome acquisito

codice fiscale M/F numero di telefono

nascita data comune o stato estero provincia

residenza CAP comune provincia
via, corso, piazza

domicilio CAP comune provincia
via, corso, piazza

titolo di studio

denominazione datore di lavoro

Centro per l'Impiego competente

B) MODALITA' DI PAGAMENTO(1)

accredito su conto corrente bancario o postale assegno circolare

CIN (2) CODICE BANCA/POSTA(3) CODICE CAB (4)

CODICE CLIENTE (5)

(1) segnare con una X la modalit  di pagamento prescelta (2) Codice Interbancario Nazionale costituito da una sola lettera; (3) costituito da 5 numeri che identificano la Banca o la Posta; (4) costituito da 5 numeri che identificano l'Agenzia presso cui il richiedente ha il conto corrente; (5) costituito da massimo 12 caratteri che identificano il numero di conto corrente del richiedente.

C) TITOLARIETA' DI ALTRE PRESTAZIONI

Percepisce indennit  di disoccupazione ordinaria

Il/la sottoscritto/a consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara di essere tuttora disoccupato e di non percepire le seguenti prestazioni previdenziali:

- indennit  di mobilit ;
- trattamento speciale edile;
- CIG straordinaria;

Il/la sottoscritto/a dichiara di essersi presentato o di impegnarsi a presentarsi presso il Centro per l'Impiego territorialmente competente per l'accertamento dello stato di disoccupazione ai sensi del D.Lgs. 297/2002 e di essere disponibile a partecipare alle apposite attivit  di orientamento, formazione e supporto all'inserimento lavorativo che verranno disposti dalla Regione e dalle Province e si impegna a fornire tempestivamente ai Servizi per l'Impiego notizie su qualsiasi evento che possa influire sul proprio stato di disoccupazione (perdita dello stato di disoccupato, avviamento al lavoro, trasferimento all'estero) e sul diritto a percepire il relativo sussidio.

In caso il soggetto si sia gi  presentato, riportare di seguito la data della disponibilit  comunicata al Centro per l'Impiego
data disponibilit  partecipare alle attivit  di orientamento, formazione e supporto all'inserimento lavorativo

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere a conoscenza che la mancata o tardiva denuncia delle situazioni sopra indicate comporter , oltre alle responsabilit  penali previste dalla legge, il recupero delle somme che risulteranno percepite indebitamente.
Dichiara, inoltre sotto la propria responsabilit , consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, che le notizie fornite in tutti i quadri della presente domanda rispondono a verit .

Data FIRMA DEL RICHIEDENTE

Allegati copia lettera di licenziamento o altra documentazione equivalente
 copia contratto di lavoro (assunzione) o altro documento che comprovi l'esistenza e la durata del rapporto di lavoro

**INDICAZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLA DOMANDA DI SUSSIDIO AL REDDITO PER I LAVORATORI LICENZIATI SETTORE INDOTTO AUTOMOBILISTICO
MODELLO A1¹****A) DATI ANAGRAFICI**

COGNOME : cognome richiedente

NOME: nome del richiedente

COGNOME ACQUISITO: cognome da coniugata

CODICE FISCALE: 16 caratteri

M/F: indicare M se maschio o F se femmina

NUMERO DI TELEFONO : recapito telefonico dell'abitazione o altro numero telefonico dove poter contattare il richiedente

NASCITA

DATA: data di nascita del richiedente (gg/mm/aaaa - es: 10/07/1968)

COMUNE O STATO ESTERO: nome per esteso (senza abbreviazioni) del comune italiano o dello stato estero di nascita del richiedente

PROVINCIA: sigla della provincia italiana di nascita del richiedente (es. TO)

RESIDENZA

VIA, CORSO, PIAZZA: nome per esteso (senza abbreviazioni) della via, corso o piazza di residenza del richiedente

CAP : codice di avviamento postale (massimo 5 caratteri, es: 10123) del comune di residenza del richiedente

COMUNE: nome per esteso (senza abbreviazioni) del comune italiano di residenza del richiedente

PROVINCIA : sigla della provincia italiana di residenza del richiedente (es. TO)

DOMICILIO

VIA, CORSO, PIAZZA: nome per esteso (senza abbreviazioni) della via, corso o piazza del domicilio del richiedente

CAP : codice di avviamento postale (massimo 5 caratteri, es: 10123) del comune in cui è domiciliato il richiedente

COMUNE: nome per esteso (senza abbreviazioni) del comune italiano del domicilio del richiedente

PROVINCIA : sigla della provincia italiana di domicilio del richiedente (es. TO)

TITOLO DI STUDIO : indicare se in possesso di uno dei seguenti titoli di studio:

- 1) nessun titolo di studio o licenza elementare
- 2) licenza media
- 3) diploma di maturità
- 4) qualifica professionale
- 5) laurea
- 6) altro

DENOMINAZIONE DATORE DI LAVORO: nome per esteso dell'azienda da cui è stato licenziato il richiedente

CENTRO PER L'IMPIEGO COMPETENTE: indicare la via, il numero civico e il comune del Centro per l'Impiego di appartenenza

B) MODALITA' DI PAGAMENTO:

indicare la modalità di pagamento prescelta e compilare i campi relativi seguendo le istruzioni riportate nell'apposita sezione del modulo

C) TITOLARIETA' DI ALTRE PRESTAZIONI:

PERCEPISCE INDENNITÀ DI DISOCCUPAZIONE ORDINARIA: indicare con una X il caso in cui il richiedente percepisca l'indennità di disoccupazione ordinaria.

DATA DISPONIBILITÀ PARTECIPARE ALLE ATTIVITÀ DI ORIENTAMENTO, FORMAZIONE E SUPPORTO ALL'INSERIMENTO LAVORATIVO: indicare gg/mm/aaaa (es. 11/11/2003) a partire dal quale il richiedente ha dato disponibilità al Centro per l'Impiego competente a partecipare alle attività di orientamento, formazione e supporto all'inserimento lavorativo.

ALLEGATI : consegnare, se in possesso del richiedente, unitamente al modulo A1 copia della seguente documentazione:

- 1) lettera di licenziamento o altra documentazione equivalente
- 2) copia contratto di lavoro (assunzione) o altro documento che comprovi l'esistenza e la durata del rapporto di lavoro

¹ Compilare tutti i campi in carattere stampatello

modulo A2: da compilarsi a cura del datore di lavoro

**DOMANDA DI SUSSIDIO AL REDDITO PER I LAVORATORI LICENZIATI
SETTORE INDOTTO AUTOMOBILISTICO**

Convenzione Ministero del Lavoro e Regione Piemonte del 16/07/2003

A) DATI IDENTIFICATIVI DELL'AZIENDA

Denominazione codice fiscale o partita IVA

matricola INPS CSC CA

l'Azienda è soggetta al versamento del contributo per interventi straordinari di integrazione salariale

indirizzo Unità Produttiva CAP provincia az
via, corso, piazza

comune o stato estero numero di telefono az

attività esercitata

fornitore o subfornitore di imprese del settore automobilistico

Il/la sottoscritto/a consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara sotto la propria responsabilità che l'Azienda in oggetto non rientra nella disciplina della cassa integrazione, della mobilità e del trattamento speciale di disoccupazione edile

B) DATI ANAGRAFICI DEL LAVORATORE

cognome nome data di nascita

comune o stato estero di nascita provincia di nascita

codice fiscale comune o stato estero di residenza

C) DATI RELATIVI AL RAPPORTO DI LAVORO

CCNL applicato qualifica

contratto a tempo indeterminato full time indeterminato
part time indeterminato ore part time mensili indeterminato

contratto a tempo determinato full time determinato
part time determinato ore part time mensili determinato

numero ore mensili previste dal CCNL

in caso di contratto a tempo determinato o a causa mista (formazione e lavoro, apprendistato) indicare:

data inizio contratto data fine contratto

data inizio rapporto di lavoro data fine rapporto di lavoro

licenziamento individuale, plurimo o collettivo a seguito di crisi del settore automobilistico

Il/la sottoscritto/a consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie fornite in tutti i quadri della presente domanda rispondono a verità e sono conformi alla documentazione aziendale e alle risultanze dei libri paga e matricola.

Data TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

**INDICAZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLA DOMANDA DI SUSSIDIO AL REDDITO PER I
LAVORATORI LICENZIATI SETTORE INDOTTO AUTOMOBILISTICO
MODELLO A 2¹**

A) DATI IDENTIFICATIVI DELL'AZIENDA

DENOMINAZIONE: nome per esteso dell'azienda

CODICE FISCALE O PARTITA IVA: indicare codice fiscale o partita IVA dell'azienda

MATRICOLA INPS : indicare matricola Inps dell'azienda

CSC : indicare il codice statistico contributivo dell'azienda (5 caratteri)

CA: indicare codice di autorizzazione dell'azienda (alfanumerico max 10 caratteri)

L'AZIENDA È SOGGETTA AL VERSAMENTO DEL CONTRIBUTO PER INTERVENTI STRAORDINARI DI INTEGRAZIONE

SALARIALE : indicare con una X se l'azienda è soggetta al versamento di tale contributo

INDIRIZZO UNITÀ PRODUTTIVA

VIA, CORSO, PIAZZA: nome per esteso, senza abbreviazioni, dell'indirizzo dell'unità produttiva considerata

CAP: codice di avviamento postale del comune in cui ha sede l'unità produttiva considerata

PROVINCIA AZ: sigla della provincia italiana in cui ha sede l'unità produttiva considerata

COMUNE O STATO ESTERO: nome per esteso (senza abbreviazione) l'unità produttiva considerata

NUMERO DI TELEFONO AZ: recapito telefonico dell'unità produttiva considerata

ATTIVITÀ ESERCITATA: tipologia dell'attività esercitata dall'unità produttiva considerata

FORNITORE O SUBFORNITORE DI IMPRESE DEL SETTORE AUTOMOBILISTICO: indicare con una X se l'azienda considerata risulta essere fornitore o subfornitore dell'indotto automobilistico

B) DATI ANAGRAFICI DEL LAVORATORE

COGNOME: cognome del lavoratore richiedente il sussidio

NOME: nome del lavoratore richiedente il sussidio

DATA DI NASCITA: data di nascita del lavoratore richiedente il sussidio (gg/mm/aaaa - es: 10/07/1968)

COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA : nome per esteso (senza abbreviazioni) del comune italiano o dello stato estero di nascita del lavoratore richiedente il sussidio

PROVINCIA DI NASCITA: sigla della provincia italiana di nascita del lavoratore richiedente il sussidio (es. TO)

CODICE FISCALE: codice fiscale del lavoratore richiedente il sussidio (16 caratteri)

COMUNE O STATO ESTERO DI RESIDENZA: nome per esteso (senza abbreviazioni) del comune italiano di residenza del lavoratore richiedente il sussidio

C) DATI RELATIVI AL RAPPORTO DI LAVORO

CCNL APPLICATO: contratto collettivo nazionale di lavoro applicato al lavoratore richiedente il sussidio

QUALIFICA: qualifica aziendale del richiedente il sussidio (operaio – impiegato)

CONTRATTO A TEMPO INDETERMINATO: segnare con una X una delle due alternative sottoindicate

1) full time indeterminato

2) part time indeterminato

ORE PART TIME MENSILI INDETERMINATO: indicare il numero di ore mensili previste dal contratto a tempo indeterminato

CONTRATTO A TEMPO DETERMINATO: segnare con una X una delle due alternative sottoindicate

1) full time determinato

2) part time determinato

ORE PART TIME MENSILI DETERMINATO: indicare il numero di ore mensili previste dal contratto a tempo determinato

NUMERO ORE MENSILI PREVISTE DAL CCNL: indicare il numero delle ore mensili previste dal contratto collettivo di lavoro

IN CASO DI CONTRATTO A TEMPO DETERMINATO O A CAUSA MISTA (FORMAZIONE E LAVORO, APPRENDISTATO): indicare in gg/mm/aaaa:

1) data inizio contratto

2) data fine contratto

1) data inizio rapporto di lavoro

2) data fine rapporto di lavoro

LICENZIAMENTO INDIVIDUALE, PLURIMO O COLLETTIVO A SEGUITO DI CRISI DEL SETTORE AUTOMOBILISTICO: indicare con una X se il licenziamento del lavoratore richiedente il sussidio è dovuto a crisi del settore automobilistico.

¹ Compilare tutti i campi in carattere stampatello

modulo B1: da compilarsi a cura del richiedente

**DOMANDA DI SUSSIDIO AL REDDITO PER I LAVORATORI LICENZIATI
SETTORE TESSILE - ORAFO**

A) DATI ANAGRAFICI

cognome nome cognome acquisito

codice fiscale M/F numero di telefono

nascita data comune o stato estero provincia

residenza CAP comune provincia
via, corso, piazza

domicilio CAP comune provincia
via, corso, piazza

titolo di studio

denominazione datore di lavoro

Centro per l'Impiego competente

B) MODALITA' DI PAGAMENTO (1)

accredito su conto corrente bancario o postale assegno circolare

CIN (1) CODICE BANCA/POSTA(2) CODICE CAB (3)

CODICE CLIENTE (4)

(1) segnare con una x la modalit  di pagamento prescelta (2) Codice Interbancario Nazionale costituito da una sola lettera; (3) costituito da 5 numeri che identificano la Banca o la Posta; (4) costituito da 5 numeri che identificano l'Agenzia presso cui il richiedente ha il conto corrente; (5) costituito da massimo 12 caratteri che identificano il numero di conto corrente del richiedente.

C) TITOLARIETA' DI ALTRE PRESTAZIONI

Percepisce indennit  di disoccupazione ordinaria

Il/la sottoscritto/a consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara di essere tuttora disoccupato e di non percepire le seguenti prestazioni previdenziali:

- indennit  di mobilit ;
- trattamento speciale edile;
- CIG straordinaria;

Il/la sottoscritto/a dichiara di essersi presentato o di impegnarsi a presentarsi presso il Centro per l'Impiego territorialmente competente per l'accertamento dello stato di disoccupazione ai sensi del D.Lgs. 297/2002 e di essere disponibile a partecipare alle apposite attivit  di orientamento, formazione e supporto all'inserimento lavorativo che verranno disposti dalla Regione e dalle Province e si impegna a fornire tempestivamente ai Servizi per l'Impiego notizie su qualsiasi evento che possa influire sul proprio stato di disoccupazione (perdita dello stato di disoccupato, avviamento al lavoro, trasferimento all'estero) e sul diritto a percepire il relativo sussidio.

In caso il soggetto si sia gi  presentato, riportare di seguito la data della disponibilit  comunicata al Centro per l'Impiego
data disponibilit  partecipare alle attivit  di orientamento, formazione e supporto all'inserimento lavorativo

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere a conoscenza che la mancata o tardiva denuncia delle situazioni sopra indicate comporter , oltre alle responsabilit  penali previste dalla legge, il recupero delle somme che risulteranno percepite indebitamente. Dichiara, inoltre sotto la propria responsabilit , consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, che le notizie fornite in tutti i quadri della presente domanda rispondono a verit .

Data FIRMA DEL RICHIEDENTE

Allegati copia lettera di licenziamento o altra documentazione equivalente

copia contratto di lavoro (assunzione) o altro documento che comprovi l'esistenza e la durata del rapporto di lavoro

**INDICAZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLA DOMANDA DI SUSSIDIO AL REDDITO PER I
LAVORATORI LICENZIATI SETTORE TESSILE - ORAFO
MODELLO B1¹****A) DATI ANAGRAFICI**

COGNOME : cognome richiedente

NOME: nome del richiedente

COGNOME ACQUISITO: cognome da coniugata

CODICE FISCALE: 16 caratteri

M/F: indicare M se maschio o F se femmina

NUMERO DI TELEFONO : recapito telefonico dell'abitazione o altro numero telefonico dove poter contattare il richiedente

NASCITA

DATA: data di nascita del richiedente gg/mm/aaaa (es: 10/07/1968)

COMUNE O STATO ESTERO: nome per esteso (senza abbreviazioni) del comune italiano o dello stato estero di nascita del richiedente

PROVINCIA: sigla della provincia italiana di nascita del richiedente (es. TO)

RESIDENZA

VIA, CORSO, PIAZZA: nome per esteso (senza abbreviazioni) della via, corso o piazza di residenza del richiedente

CAP : codice di avviamento postale (massimo 5 caratteri, es: 10123) del comune di residenza del richiedente

COMUNE: nome per esteso (senza abbreviazioni) del comune italiano di residenza del richiedente

PROVINCIA: sigla della provincia italiana di residenza del richiedente (es. TO)

DOMICILIO

VIA, CORSO, PIAZZA: nome per esteso (senza abbreviazioni) della via, corso o piazza del domicilio del richiedente

CAP: codice di avviamento postale (massimo 5 caratteri, es: 10123) del comune in cui è domiciliato il richiedente

COMUNE: nome per esteso (senza abbreviazioni) del comune italiano del domicilio del richiedente

PROVINCIA : sigla della provincia italiana di domicilio del richiedente (es. TO)

TITOLO DI STUDIO : indicare se in possesso di uno dei seguenti titoli di studio:

- 1) nessun titolo di studio o licenza elementare
- 2) licenza media
- 3) diploma di maturità
- 4) qualifica professionale
- 5) laurea
- 6) altro

DENOMINAZIONE DATORE DI LAVORO: nome per esteso dell'azienda da cui è stato licenziato il richiedente

CENTRO PER L'IMPIEGO COMPETENTE: indicare la via, il numero civico e il comune del Centro per l'Impiego di appartenenza

B) MODALITA' DI PAGAMENTO:

indicare la modalità di pagamento prescelta e compilare i campi relativi seguendo le istruzioni riportate nell'apposita sezione del modulo

C) TITOLARIETA' DI ALTRE PRESTAZIONI:

PERCEPISCE INDENNITÀ DI DISOCCUPAZIONE ORDINARIA: indicare con una X il caso in cui il richiedente percepisca l'indennità di disoccupazione ordinaria.

DATA DISPONIBILITÀ PARTECIPARE ALLE ATTIVITÀ DI ORIENTAMENTO, FORMAZIONE E SUPPORTO ALL'INSERIMENTO LAVORATIVO: indicare gg/mm/aaaa (es. 11/11/2003) a partire dal quale il richiedente ha dato disponibilità al Centro per l'Impiego competente a partecipare alle attività di orientamento, formazione e supporto all'inserimento lavorativo.

ALLEGATI : consegnare, se in possesso del richiedente, unitamente al modulo A1 copia della seguente documentazione:

- 1) lettera di licenziamento o altra documentazione equivalente
- 2) copia contratto di lavoro (assunzione) o altro documento che comprovi l'esistenza e la durata del rapporto di lavoro

¹ Compilare tutti i campi in carattere stampatello

modulo B2: da compilarsi a cura del datore di lavoro

**DOMANDA DI SUSSIDIO AL REDDITO PER I LAVORATORI LICENZIATI
SETTORE TESSILE - ORAFO**

A) DATI IDENTIFICATIVI DELL'AZIENDA

Denominazione codice fiscale o partita IVA

matricola INPS CSC CA

l'Azienda è soggetta al versamento del contributo per interventi straordinari di integrazione salariale

indirizzo Unità Produttiva CAP provincia az
via, corso, piazza

comune o stato estero numero di telefono az

attività esercitata

Il/la sottoscritto/a consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara sotto la propria responsabilità che l'Azienda in oggetto non rientra nella disciplina della cassa integrazione, della mobilità e del trattamento speciale di disoccupazione edile

B) DATI ANAGRAFICI DEL LAVORATORE

cognome nome data di nascita

comune o stato estero di nascita provincia di nascita

codice fiscale comune o stato estero di residenza

C) DATI RELATIVI AL RAPPORTO DI LAVORO

CCNL applicato qualifica

contratto a tempo indeterminato full time indeterminato
part time indeterminato ore part time mensili indeterminato

contratto a tempo determinato full time determinato
part time determinato ore part time mensili determinato

numero ore mensili previste dal CCNL

in caso di contratto a tempo determinato o a causa mista (formazione e lavoro, apprendistato) indicare:

data inizio contratto data fine contratto

data inizio rapporto di lavoro data fine rapporto di lavoro

licenziamento individuale, plurimo o collettivo a seguito di crisi del settore

Il/la sottoscritto/a consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie fornite in tutti i quadri della presente domanda rispondono a verità e sono conformi alla documentazione aziendale e alle risultanze dei libri paga e matricola.

Data TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

**INDICAZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLA DOMANDA DI SUSSIDIO AL REDDITO PER I
LAVORATORI LICENZIATI SETTORE TESSILE - ORAFO
MODELLO B 2¹**

A) DATI IDENTIFICATIVI DELL'AZIENDA

DENOMINAZIONE: nome per esteso dell'azienda

CODICE FISCALE O PARTITA IVA: indicare codice fiscale o partita IVA dell'azienda

MATRICOLA INPS : indicare matricola Inps dell'azienda

CSC : indicare il codice statistico contributivo dell'azienda (5 caratteri)

CA: indicare codice di autorizzazione dell'azienda (alfanumerico max 10 caratteri)

L'AZIENDA È SOGGETTA AL VERSAMENTO DEL CONTRIBUTO PER INTERVENTI STRAORDINARI DI INTEGRAZIONE

SALARIALE : indicare con una X se l'azienda è soggetta al versamento di tale contributo

INDIRIZZO UNITÀ PRODUTTIVA

VIA, CORSO, PIAZZA: nome per esteso, senza abbreviazioni, dell'indirizzo dell'unità produttiva considerata

CAP: codice di avviamento postale del comune in cui ha sede l'unità produttiva considerata

PROVINCIA AZ: sigla della provincia italiana in cui ha sede l'unità produttiva considerata

COMUNE O STATO ESTERO nome per esteso (senza abbreviazione) l'unità produttiva considerata

NUMERO DI TELEFONO AZ: recapito telefonico dell'unità produttiva considerata

ATTIVITÀ ESERCITATA: tipologia dell'attività esercitata dall'unità produttiva considerata

B) DATI ANAGRAFICI DEL LAVORATORE

COGNOME: cognome del lavoratore richiedente il sussidio

NOME: nome del lavoratore richiedente il sussidio

DATA DI NASCITA: : data di nascita del lavoratore richiedente il sussidio (gg/mm/aaaa - es: 10/07/1968)

COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA : nome per esteso (senza abbreviazioni) del comune italiano o dello stato estero di nascita del lavoratore richiedente il sussidio

PROVINCIA DI NASCITA: sigla della provincia italiana di nascita del lavoratore richiedente il sussidio (es. TO)

CODICE FISCALE: codice fiscale del lavoratore richiedente il sussidio (16 caratteri)

COMUNE O STATO ESTERO DI RESIDENZA: nome per esteso (senza abbreviazioni) del comune italiano di residenza del lavoratore richiedente il sussidio

C) DATI RELATIVI AL RAPPORTO DI LAVORO

CCNL APPLICATO: contratto collettivo nazionale di lavoro applicato al lavoratore richiedente il sussidio

QUALIFICA: qualifica aziendale del richiedente il sussidio (operaio – impiegato)

CONTRATTO A TEMPO INDETERMINATO: segnare con una X una delle due alternative sottoindicate

1) full time indeterminato

2) part time indeterminato

ORE PART TIME MENSILI INDETERMINATO: indicare il numero di ore mensili previste dal contratto a tempo indeterminato

CONTRATTO A TEMPO DETERMINATO: segnare con una X una delle due alternative sottoindicate

1) full time determinato

2) part time determinato

ORE PART TIME MENSILI DETERMINATO: indicare il numero di ore mensili previste dal contratto a tempo determinato

NUMERO ORE MENSILI PREVISTE DAL CCNL: indicare il numero delle ore mensili previste dal contratto collettivo di lavoro
IN CASO DI CONTRATTO A TEMPO DETERMINATO O A CAUSA MISTA (FORMAZIONE E LAVORO, APPRENDISTATO):
indicare in gg/mm/aaaa:

1) data inizio contratto

2) data fine contratto

1) data inizio rapporto di lavoro

2) data fine rapporto di lavoro

LICENZIAMENTO INDIVIDUALE, PLURIMO O COLLETTIVO A SEGUITO DI CRISI DEL SETTORE: indicare con una X se il licenziamento del lavoratore richiedente il sussidio è dovuto a crisi del settore tessile o orafa.

¹ Compilare tutti i campi in carattere stampatello