

Domanda di assegno straordinario da erogarsi in forma rateale - 1/3

Fondo di solidarietà per il sostegno dell'occupabilità, dell'occupazione e del reddito del personale del credito cooperativo

ALL'UFFICIO INPS DI _____ 1

A Datore di lavoro

DENOMINAZIONE _____

CODICE FISCALE _____ CODICE AZIENDA _____

MATRICOLA INPS _____ SEDE INPS D'ISCRIZIONE _____

B Dipendente

COGNOME _____ NOME _____

CODICE FISCALE _____ NATO/A IL GG/MM/AAAA _____

A _____ PROV. _____ STATO _____

CITTADINANZA _____ STATO CIVILE _____

RESIDENTE IN _____ PROV. _____ STATO _____

INDIRIZZO _____ CAP _____

TELEFONO* _____ CELLULARE _____

INDIRIZZO E-MAIL* _____

Compilare solo se diverso dalla residenza

DOMICILIATO IN _____ PROV. _____ STATO _____

INDIRIZZO _____ CAP _____

B1 Coniuge del dipendente

COGNOME _____ NOME _____

CODICE FISCALE _____ NATO/A IL GG/MM/AAAA _____

A _____ PROV. _____ STATO _____

CITTADINANZA _____ DATA DEL MATRIMONIO _____

C Ultimo rapporto di lavoro

Data di assunzione _____

Data di risoluzione _____



Domanda di assegno straordinario da erogarsi in forma rateale - 2/3

Fondo di solidarietà per il sostegno dell'occupabilità, dell'occupazione e del reddito del personale del credito cooperativo

D Dati relativi ai periodi di contribuzione del dipendente e all'aliquota d'imposta applicata per la tassazione del trattamento di fine rapporto

Data dell'accordo collettivo di accesso al Fondo: _____

Numero di settimane di contribuzione nella gestione: _____

- lavoratori dipendenti _____ coltivatori diretti/coloni/mezzadri _____
 artigiani _____ commercianti _____
 contribuzione estera _____ Paese estero _____

- Totale settimane alla data di risoluzione del rapporto di lavoro _____
- Numero di settimane da attribuire a titolo di incremento (il numero di settimane indicato deve corrispondere al numero di settimane per le quali verrà accreditata la contribuzione correlata) _____
- Retribuzione mensile sulla quale devono essere commisurati i contributi correlati (elementi retributivi ricorrenti e continuativi del mese in cui si colloca l'evento della cessazione del rapporto di lavoro) _____
- Data fino alla quale devono essere versati i contributi correlati _____
- Data fino alla quale deve essere erogato l'assegno straordinario _____
- Aliquota di imposta applicata per la tassazione TFR _____
- Periodo di riferimento per l'individuazione dell'aliquota TFR: data iniziale _____ data finale _____

E Tipologia di pensione richiesta

Tipo pensione:

- vecchiaia
 anticipata
 vecchiaia con opzione calcolo contributivo**
 vecchiaia/anticipata ai sensi delle disposizioni eccezionali di cui all'art. 24, comma 15 bis, legge 214/2011

F Modalità di pagamento dell'assegno straordinario

L'assegno deve essere pagato presso:

- c/c nominativo - banca _____

CODICE IBAN

- c/c postale nominativo - ufficio postale _____

CODICE IBAN



Domanda di assegno straordinario da erogarsi in forma rateale - 3/3

Fondo di solidarietà per il sostegno dell'occupabilità, dell'occupazione e del reddito del personale del credito cooperativo

G Delega per la riscossione dei contributi associativi sindacali

Autorizzo l'INPS, ai sensi dell'articolo 13 del DM n. 82761 del 20 giugno 2014, a trattenere sulle mensilità dell'assegno, compresa la tredicesima mensilità, i contributi associativi sindacali nella misura stabilita dalla propria Organizzazione Sindacale. I contributi associativi sindacali devono essere versati a _____

Accetto che la presente delega sia tacitamente rinnovata ogni anno, salvo revoca esplicitamente comunicata all'INPS che in tale fattispecie provvederà, secondo le specifiche tecniche in uso, a dare seguito alla revoca richiesta.

Data _____

Firma _____

Cumulo e obbligo di comunicazione in caso di rioccupazione

Dichiaro che al momento della cessazione del rapporto di lavoro:

- svolgo altra attività lavorativa, nei limiti della legislazione vigente
- non svolgo attività lavorativa

Mi impegno a comunicare tempestivamente, al datore di lavoro che finanzia l'assegno straordinario e al Fondo (per il tramite della Sede INPS di competenza), lo svolgimento dell'attività lavorativa, dipendente o autonoma, successiva alla decorrenza dell'assegno straordinario.

Io sottoscritto sono consapevole che, in caso di inadempimento dell'obbligo della comunicazione, perdo il diritto alla prestazione e sono tenuto/a a restituire le somme indebitamente percepite, oltre gli interessi e la rivalutazione capitale, e che la contribuzione correlata, viene cancellata (articolo 11, comma 7, del DM n. 82761 del 20 giugno 2014).

Data _____

Firma _____

Mi impegno a comunicare all'Inps qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento.

Sono inoltre consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni incluse nella domanda e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere dai benefici ottenuti.

Dichiaro che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze civili e penali previste da chi rende attestazioni false.

Data _____

Firma del dipendente _____

Firma del legale rappresentante dell'azienda _____

Si allegano copie dei documenti d'identità, in corso di validità, dei firmatari (non è necessario allegare i documenti in caso di invio tramite PEC)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante il "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 in materia di protezione dei dati personali (d'ora in avanti "Codice"), da altre leggi e da regolamenti, al fine di definire la domanda e svolgere le eventuali altre funzioni istituzionali ad essa connesse. Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati ed istruiti, secondo logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti. I suoi dati personali potranno essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche o a privati soltanto alle condizioni previste dal Codice e solo eccezionalmente potranno essere conosciuti da altri soggetti, che forniscono servizi per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili per il trattamento dei dati personali designati dall'Istituto. Il conferimento dei dati non contrassegnati con un asterisco è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano. L'Inps la informa, infine, che può esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente per l'istruttoria della presente domanda; se si tratta di un'agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore della struttura territorialmente competente anche per il tramite dell'agenzia stessa.

Avvertenze

1 Le domande di assegno straordinario devono essere presentate al Polo specialistico della sede INPS di cui ai messaggi n. 4621 del 7/7/2015 e n. 5119 del 3/8/2015.