



ALL'INPS SEDE DI

Il sottoscritto titolare legale rappresentante
della ditta cod.fisc/P.I
matricola INPS cod.stat.contr. cod. autorizzazione/...../...../.....
indirizzon°..... cap..... comune prov.

DICHIARA

Di essere destinatario dei seguenti decreti di concessione del trattamento straordinario di integrazione salariale ai sensi dell'art.
della legge n°. 223/91.

D.M. del periodo autorizzato dal al

D.M. del periodo autorizzato dal al

D.M. del periodo autorizzato dal al

Che il Sig. nato a

Il assunto il ha usufruito del trattamento straordinario di integrazione salariale per il periodo :
dal al mediante:

- anticipazione da parte della Ditta
- pagamento diretto da parte della sede INPS di

che l'ultima retribuzione intera mensile ammonta a £ / €

e che in data è stato risolto il rapporto di lavoro.

Si allega copia del modello CUD relativo all'anno in corso.

DATA

FIRMA