



LICENZIAMENTI MESE DI OTTOBRE \_\_\_\_\_

MODULO A)

da consegnare al C.P.I. dal giorno 01/02/\_\_\_\_ al giorno 28/02/\_\_\_\_

**OGGETTO:** 1<sup>^</sup> DICHIARAZIONE - erogazione indennità regionale di mobilità ai sensi della Legge regionale 27.11.1993, n. 19

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_ Frazione \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

domiciliato<sup>(1)</sup> nel Comune di \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

## DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del medesimo D.P.R.

**CHE DALLA DATA DEL LICENZIAMENTO FINO AL 31 GENNAIO dell'anno \_\_\_\_\_**

### 1.

ha iniziato a lavorare	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
se SI :		
<input type="checkbox"/> a tempo determinato <sup>(2)</sup> dal _____ al _____		
<input type="checkbox"/> a tempo indeterminato <sup>(2)</sup> dal _____ se part-time n. ore _____		
presso l'Impresa _____		

### 2.

ha intrapreso attività di lavoro autonomo occasionale	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
ha intrapreso attività di collaborazione coordinata e continuativa	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
ha intrapreso attività di lavoro a progetto	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
<b>N.B.:</b> qualora venga barrato almeno un SI compilare <b>sempre</b> il modello "Mod.occas-co.co.-prog."		

### 3.

ha intrapreso attività d'impresa (se si compilare il Mod. imprese indiv./1 e/o 2)	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
ha intrapreso attività di lavoro autonomo (se si compilare il Mod. lav.autonomo/1 e/o 2)	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
è iscritto all'APIA (compilare <b>sempre</b> il Mod. att.agricole )	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
è socio e/o amministratore di società (se si compilare il Mod. amm.Soci./1 e/o 2)	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>

Segue →

#### 4.

è divenuto titolare di pensione	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
se sì dal _____ tipologia _____		
ha in corso domanda di pensione	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
è titolare di assegno di invalidità INPS	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>

#### 5. (DA COMPILARE SOLO IN CASO DI MATERNITA')

data PRESUNTA parto _____	data EFFETTIVA parto _____
Di essere in:	
<input type="checkbox"/> maternità a rischio dal _____ al _____	
<input type="checkbox"/> astensione obbligatoria dal _____ al _____	
<input type="checkbox"/> astensione facoltativa dal _____ al _____	

**IL SOTTOSCRITTO RICHIEDE CHE IL PAGAMENTO SIA EFFETTUATO MEDIANTE:**

- pagamento diretto<sup>(3)</sup> ***(si informa che, ai sensi del D.L. 201/2011, a decorrere dal 01/01/2012 non è possibile effettuare pagamenti diretti per importi superiori ai 1.000 euro);***
- accreditalento<sup>(4)</sup> sul conto corrente bancario/postale o carta ricaricabile dei quali è intestatario/cointestatario IBAN:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

**Il sottoscritto è a conoscenza che, nel caso di somme erogate a seguito di false dichiarazioni, l'importo da restituire sarà maggiorato degli interessi legali dalla data dell'incasso, ferme restando le eventuali sanzioni penali.**

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Informativa ai sensi del D. Lgs. 196/2003, art. 13**

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 Le forniamo le seguenti indicazioni:

1. I dati da Lei forniti verranno trattati esclusivamente con riferimento al procedimento per il quale ha presentato la documentazione;
2. il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;
3. il conferimento di dati è obbligatorio per dar corso alla procedura di Suo interesse;
4. titolare del trattamento è la Provincia Autonoma di Trento;
5. responsabile del trattamento è il Dirigente dell'Agencia del Lavoro;
6. in ogni momento Lei potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del Decreto legislativo 196/2003.

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è stata:

- sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto;
- sottoscritta e inviata insieme alla copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del dichiarante.

FIRMA DELL'INCARICATO