



LICENZIAMENTI MESE DI **SETTEMBRE** _____

MODULO A)

da consegnare al C.P.I. dal giorno 01/01/___ al giorno 31/01/___

OGGETTO: 1^ 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⁽¹⁾ 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 DICEMBRE dell'anno _____

1.

ha iniziato a lavorare	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
se SI :		
<input type="checkbox"/> a tempo determinato ⁽²⁾ dal _____ al _____		
<input type="checkbox"/> a tempo indeterminato ⁽²⁾ 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"/>
N.B.: qualora venga barrato almeno un SI compilare sempre 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 sempre 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"/>

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⁽³⁾ **(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⁽⁴⁾ sul conto corrente bancario/postale o carta ricaricabile dei quali è intestatario/cointestatario IBAN:

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

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