

**DOMANDA DI INTEGRAZIONE SALARIALE ORDINARIA****(legge 164/75 e successive integrazioni e modificazioni)**

(fornire le notizie richieste e barrare le caselle che interessano)

 1<sup>a</sup> richiesta proroga**A DATI RELATIVI ALLA AZIENDA**

DENOMINAZIONE		MATRICOLA AZIENDALE	
CODICE FISCALE	DATA INIZIO ATTIVITA' gg/mm/aaaa	MAESTRANZA IN FORZA	SEDE INPS OVE ACCENTRA I CONTRIBUTI
INDIRIZZO SEDE (indicare il recapito ove inviare comunicazioni)		PROV.	C.A.P.
		N. TELEFONICO	

**B DATI RELATIVI ALL'UNITA' PRODUTTIVA (STABILIMENTO, REPARTO O SETTORE AUTONOMO)**

MATRICOLA (se diversa da quella di cui al q.A)	UBICAZIONE (Fraz. Via, Piazza, n. etc.)		<input type="checkbox"/> mensile <input type="checkbox"/> quattord. <input type="checkbox"/> settim.		
Altitudine	COMUNE	PROV.	DATA INIZIO ATTIVITA'	PERIODO DI PAGA	Scadente il

**C PERIODO INTERESSATO - ORE DI CIG RICHIESTE - CAUSA DELLA CONTRAZIONE DI ATTIVITA'**

PERIODO DI INTERVENTO DAL	AL	SETTIMANE INTERE DI CALENDARIO N.	TOTALE ORE DI CIG.N.
CAUSALE DELLA RIDUZIONE/SOSPENSIONE DI ATTIVITA'			CODICE

**D DISTINTA LAVORATORI IN FORZA ALL'INIZIO DEL PERIODO DI CIG RICHIESTO**

QUALIFICA RIVESTITA	A TEMPO PIENO		PART-TIME		FORM. E LAVORO		SOLIDARIETA'		TOTALE	
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE
OPERAI										
IMPIEGATI/QUADRI										
<b>TOTALE</b>										

**E DISTINTA LAVORATORI PER I QUALI VIENE RICHIESTO L'INTERVENTO**

QUALIFICA (all'inizio del periodo)	SOSPESI								ORARIO RIDOTTO									
	A TEMPO PIENO		PART-TIME		FORM.LAV.		TOTALE		A TEMPO PIENO		PART-TIME		FORM.LAV.		SOLIDARIETA'		TOTALE	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
OPERAI																		
IMP/QUADRI																		
<b>TOTALE</b>																		

**F RIPRESA DI ATTIVITA'**

<input type="checkbox"/> E' AVVENUTA (vedi Quadro S)	<input type="checkbox"/> E' PREVISTA (vedi Quadro S)	<input type="checkbox"/> NON E' PREVEDIBILE
--	--	---

**G DICHIARAZIONE DEL DATORE DI LAVORO/LEGALE RAPPRESENTANTE**

IL/LA SOTTOSCRITTO.....CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' CIVILI E PENALI PREVISTE PER COLORO CHE RENDONO DICHIARAZIONI FALSE O INESATTE, DICHIARA CHE LE NOTIZIE FORNITE CON IL PRESENTE MODELLO RISPONDONO A VERITA'. SI IMPEGNA, INOLTRE, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' A COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE OGNI VARIAZIONE CHE DOVESSE INTERVENIRE RISPETTO ALLE NOTIZIE FORNITE CON LA PRESENTE DOMANDA.

DATA,	
	(Firma per esteso e leggibile e timbro della ditta)

**SPAZIO RISERVATO ALL'I.N.P.S.**

CODICE UNITA' PROD.V	CODICE INTERV.	DATA PRESENT. DOMANDA	N. DOMANDA	DATA ACQUISIZIONE	CODICE EVENTO
----------------------	----------------	-----------------------	------------	-------------------	---------------

H DATI RELATIVI AI REPARTI E LAVORATORI ADDETTI AI REPARTI										
LAVORATORI	REPARTI IN CUI E' SUDDIVISO LO STABILIMENTO - per i settori autonomi indicare i distinti settori di lavorazione -									
	(contrassegnare la relativa casella se il reparto e' interessato alla CIG)									
	OPERAI	IMPIEGATI	OPERAI	IMPIEGATI	OPERAI	IMPIEGATI	OPERAI	IMPIEGATI	OPERAI	IMPIEGATI
ADDETTI AL REPARTO										
INTERESSATI ALLA CIG										
ASSUNTI NEI 3 MESI PRECEDENTI										
LICENZIATI NEI 3 MESI PRECEDENTI										
LICENZIAMENTI EFFETTUATI O DA EFFETTUARE NEL CORSO O AL TERMINE DEL PERIODO DI CIG RICHIESTO (*)										
(*) MOTIVI DEGLI EVENTUALI LICENZIAMENTI.....										

I DATI RELATIVI ALLE ORE EFFETTUATE IN CIASCUNA SETTIMANA DAI LAVORATORI DISTINTI PER QUALIFICA												
ORARIO SETTIMANALE A TEMPO PIENO OPERAI:		DAL	AL	DI ORE	E MINUTI	ARTICOLATO SU GIORNI	5	6				
ORARIO SETTIMANALE A TEMPO PIENO IMPIEGATI:		DAL	AL	DI ORE	E MINUTI	ARTICOLATO SU GIORNI	5	6				
N. SETT.	QUALIFICA LAVORATORI	NUMERO LAVORATORI SOSPESI	NUMERO LAVORATORI AD ORARIO RIDOTTO									TOTALE ORE DI CIG RICHIESTE
			ORE .....	ORE .....	ORE .....	ORE.....	ORE .....					
			MIN. ....	MIN. ....	MIN. ....	MIN.....	MIN. ....					
1^	OPERAI											
	IMPIEGATI											
2^	OPERAI											
	IMPIEGATI											
3^	OPERAI											
	IMPIEGATI											
4^	OPERAI											
	IMPIEGATI											
5^	OPERAI											
	IMPIEGATI											
6^	OPERAI											
	IMPIEGATI											
7^	OPERAI											
	IMPIEGATI											
8^	OPERAI											
	IMPIEGATI											
9^	OPERAI											
	IMPIEGATI											
10^	OPERAI											
	IMPIEGATI											
11^	OPERAI											
	IMPIEGATI											
12^	OPERAI											
	IMPIEGATI											
13^	OPERAI											
	IMPIEGATI											





T MOTIVI DELLA PROROGA (DA COMPILARE PER LE RICHIESTE DI PROROGA OLTRE LE 13 SETTIMANE)	
MOTIVI CHE HANNO DETERMINATO L'ESIGENZA ECCEZIONALE PER L'IMPRESA DI CHIEDERE LA PROROGA OLTRE I PRIMI TRE MESI CONTINUATIVI	MOTIVI PER I QUALI NON SI E' REALIZZATA LA RIPRESA DELL'ATTIVITA' PRODUTTIVA PREVISTA NELLA PRECEDENTE DOMANDA

U DATI RELATIVI A SOSTE RICORRENTI		
PERIODI IN CUI SI VERIFICA LA SOSTA		MOTIVO DELLA FLESSIONE PRODUTTIVA
DAL	AL	

V DATI RELATIVI ALLA PROCEDURA CONCORSALE E AD ALTRE PROCEDURE			
TIPO DI PROCEDURA	DATA	TIPO DI PROCEDURA	DATA
ISTANZA DI FALLIMENTO PRESENTATA		AMMINISTRAZIONE STRAORDINARIA	
FALLIMENTO DICHIARATO		LIQUID. COATTA AMMINISTR. DISPOSTA	
AMMISSIONE AL CONCORDATO PREVENTIVO		LIQUIDAZIONE DELL'IMPRESA DELIBERATA (fornire risposta se trattasi di societa')	

Z DATI RELATIVI A RICHIESTE DI INTERVENTO STRAORDINARIO
E' STATA AVANZATA RICHIESTA DI INTERVENTO STRAORDINARIO PER LO STESSO PERIODO DI CUI ALLA PRESENTE DOMANDA, OVVERO PER UN PERIODO PIU' AMPIO IN DATA.....
PER.....(indicare la causale) PER N.....LAVORATORI, ADDETTI AI SEGUENTI REPARTI.....

W DICHIARAZIONE RELATIVA AL CONTRIBUTO A FONDO PERDUTO (DA COMPILARE SOLO SE TRATTASI DI COOPERATIVE DI PRODUZIONE E LAVORO)
LA SOCIETA' COOPERATIVA RICHIEDENTE HA OTTENUTO IL CONTRIBUTO A FONDO PERDUTO DI CUI ALL'ART. 17, DELLA LEGGE 27.2.1985, N.49. IN DATA (indicare la data di registrazione del provvedimento)

DOCUMENTI ALLEGATI:

ANNOTAZIONI DELLA DITTA

**AVVERTENZA:** LE DICHIARAZIONI MENDACI, LA FALSITA' NEGLI ATTI E L'USO DI ATTI FALSI SONO PUNITI, AI SENSI DELL'ART. 26 DELLA LEGGE 4 GENNAIO 1968, N. 15, CON LE SANZIONI PREVISTE DALLA LEGGE PENALE E DALLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA.

LA DITTA E' TENUTA AD ESPORRE UN AVVISO CON IL QUALE PORTARE A CONOSCENZA DELLA MAESTRANZA INTERESSATA CHE E' STATA AVANZATA DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE AL PAGAMENTO DELLE INTEGRAZIONI SALARIALI PER IL PERIODO DAL ..... AL ..... PER N. .... LAVORATORI.
DOVRA' INOLTRE FAR PRESENTE AGLI INTERESSATI CHE POTRANNO PRENDERE VISIONE DEI NOMINATIVI DEL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO E DEL RESPONSABILE DEL PROVVEDIMENTO, DAGLI APPOSITI AVVISI ESPOSTI PRESSO LA SAPI/CO INPS DI ..... OVVERO CHIEDERE INFORMAZIONI ANCHE TELEFONICAMENTE.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma del datore di lavoro/legale rappresentante

**ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE**

Quadro C	<p>La causale della contrazione di attivita' deve essere il piu' possibile circostanziata ed ulteriormente illustrata nel quadro apposito o con nota a parte. In caso di richiesta motivata da crisi di mercato, specificare dettagliatamente la causale riconducibile alla crisi.</p> <p>Il campo relativo al Codice della causale dovra' essere compilato soltanto dopo che l'Istituto avra' reso note le codifiche di tutte le causali.</p>
Quadro G	<p>La domanda deve essere sottoscritta in forma autografa dal datore di lavoro o dal suo legale rappresentante (non e' valida se reca soltanto l'apposizione della ragione sociale a mezzo timbro).</p>
Quadro L	<p>Il quadro e' riservato ai lavoratori interessati alla CIG, che prestano attivita' a tempo parziale, su base orizzontale. Nel caso di lavoratori a tempo parziale, su base verticale, interessati alla CIG, ovvero in caso di turnazioni su periodi ultrasettimanali, dovra' essere compilato l'intercalare allegato alla domanda.</p>
Quadro M	<p>Nel caso di riduzione dell'orario settimanale qualora nel corso della settimana siano effettuate prestazioni straordinarie o di recupero, l'azienda dovra' indicare, nelle apposite colonne, per ciascun giorno della settimana:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il totale delle ore di lavoro ordinario ;</li> <li>- il totale delle ore di lavoro straordinario ;</li> <li>- il totale delle ore di recupero ( in caso di mancato recupero, dovranno essere illustrati i motivi nel riquadro "Annotazioni della ditta");</li> <li>- il totale delle ore di assenze che non comportano retribuzione.</li> </ul> <p>Qualora la sospensione/riduzione dell'attivita' lavorativa sia dovuta ad interruzione di energia elettrica da parte dell'Ente erogatore, il datore di lavoro deve specificare se le ore perse sono state recuperate nella stessa settimana ovvero in una settimana successiva. In caso di mancato recupero dovranno essere illustrati i motivi.</p>
Quadro N	<p>Le notizie devono essere riferite ai lavoratori per i quali e' richiesta la CIG. Allegare documentazione.</p>
Quadro O	<p>Le ore corrispondenti alle festività infrasettimanali debbono essere incluse tra quelle per cui e' richiesta l'integrazione salariale.</p>
Quadro P	<p>Allegare contratto.</p>
Quadro T	<p>Documentare l'esigenza eccezionale per l'azienda di protrarre la sospensione/riduzione dell'orario di lavoro.</p>
Quadro U	<p>Allegare un prospetto contenente i periodi di soste ricorrenti avuti negli ultimi 5 anni.</p>

**AVVERTENZE**

- La domanda deve essere inviata per posta o consegnata direttamente alla SAP/CO INPS nella cui circoscrizione territoriale e' ubicata l'unita' produttiva interessata alla CIG entro e non oltre i 25 giorni dalla fine del periodo di paga in corso alla scadenza della settimana nella quale ha avuto inizio la sospensione /riduzione di orario denunciata nella domanda stessa.
- Per le domande presentate oltre il termine suindicato l'eventuale autorizzazione decorrerà dall'inizio della settimana precedente a quella in cui ha avuto luogo la relativa presentazione.
- Nel caso in cui le informazioni da fornire siano superiori a quelle previste nei quadri "I, L,M, P", occorre utilizzare ulteriori modelli fino al raggiungimento delle informazioni richieste. Ovviamente in tali modelli aggiuntivi (debitamente firmati) dovranno essere compilati solo i quadri "A " e "B"
- Qualora la richiesta di integrazione si riferisca a periodi non consecutivi, vanno presentate tante domande quanti sono i periodi richiesti.
- La richiesta va riferita ad un periodo non superiore a 13 settimane continuative (3 mesi continuativi). Qualora ecceda il periodo suddetto (13 settimane continuative) dovranno essere compilate distinte domande per periodi non superiori a 13 settimane continuative
- Le ore di lavoro denunciate nella richiesta devono essere riferite alle singole settimane di calendario (da lunedì a domenica); per le aziende che effettuano lavorazioni a ciclo continuo va riferito dal lunedì alla domenica.

N. B.: LE INTEGRAZIONI SALARIALI NON SPETTANO AI DIPENDENTI CHE RIVESTONO LE SEGUENTI QUALIFICHE:

APPRENDISTA - DIRIGENTE -LAVORATORI A DOMICILIO - RELIGIOSI/E CHE VIVONO IN COMUNITA'( anche se prestano servizio alle dipendenze di terzi) - AUTISTI DIPENDENTI DA IMPRESE QUANDO SIANO ADDETTI AL SERVIZIO PERSONALE DEL TITOLARE O DEL SUO NUCLEO FAMILIARE.





RICEVUTA DI DOMANDA DI INTEGRAZIONE SALARIALE ORDINARIA  
(Legge 164/75 e successive integrazioni e modificazioni)

SEDE INPS DI

LA DITTA

HA PRESENTATO OGGI DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE AL PAGAMENTO DI INTEGRAZIONI SALARIALI PER IL PERIODO

DAL

AL

DATA

FIRMA DELL'IMPIEGATO ADDETTO

---