

Disoccupazione agricola e/o assegno per il nucleo familiare - 1/7

Conforme al modello ministeriale - www.inps.it

ALL'UFFICIO INPS DI			
COGNOME		NOME	
CODICE FISCALE		NATO/A IL GG/MM/AAAA	
A		PROV.	
STATO		CITADINANZA	
RESIDENTE/DOMICILIATO IN		PROV.	
INDIRIZZO		CAP	
FRAZIONE		STATO	
TELEFONO*		CELLULARE *	
INDIRIZZO E-MAIL *			

Desidero ricevere comunicazioni tramite SMS

Stato civile

Barrare la casella corrispondente

celibe/nubile divorziato/a dal _____ coniugato/a dal _____
 vedovo/a dal _____ separato/a legalmente dal _____ abbandonato/a dal _____

Chiedo per l'anno _____

Barrare la casella corrispondente

la disoccupazione agricola l'assegno per il nucleo familiare

Mandato di assistenza e rappresentanza

Io sottoscritto delego il Patronato _____ codice _____ presso il quale eleggo domicilio (ai sensi dell'art. 47 del codice civile) a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente nei confronti dell'Inps per la trattazione della presente domanda di disoccupazione agricola e/o assegno nucleo familiare.

Data _____ Firma _____

Timbro del patronato e firma dell'Operatore _____

Delega per la trattenuta delle quote sindacali

Io sottoscritto autorizzo, ai sensi dell'art. 2 della legge 27 dicembre 1973, n. 852, ad effettuare sulla indennità di disoccupazione agricola spettante la trattenuta di € _____ (importo da indicare a cura dell'assicurato) da versare, a titolo di quota associativa, alla seguente organizzazione sindacale _____

Data _____ Firma _____

Timbro dell'Associazione Sindacale e firma del Rappresentante _____

* Dati facoltativi



Disoccupazione agricola e/o assegno per il nucleo familiare - 2/7

Conforme al modello ministeriale - www.inps.it

● Detrazioni di imposta *(È indispensabile esercitare una scelta)*
(art. 23 del D.P.R. 29 settembre 1973 n. 600 e successive modifiche e integrazioni)

- Confermo la dichiarazione dell'anno precedente
- Non chiedo alcuna detrazione
- Chiedo la detrazione per lavoro dipendente *(di cui all'art. 13 del TUIR del DPR 917/1986)*
- Chiedo la detrazione per carichi di famiglia *(di cui all'art. 12 del TUIR del DPR 917/1986)*

● Dichiaro *(Barrare la casella corrispondente)*

- di essere titolare di Partita IVA aperta e/o avere svolto attività di lavoro in proprio senza essere iscritto all'INPS nel seguente settore: _____ *(agricoltura, artigianato, commercio, piccola pesca, libera professione, gestione separata)*
- di avere svolto lavoro in paese estero appartenente alla U.E. [anno di competenza della prestazione
 anno precedente
- di essere titolare di assegno ordinario di invalidità e di voler optare per il pagamento dell'indennità di disoccupazione agricola (indennità ordinaria/trattamenti speciali)

● Giornate non indennizzabili relative all'anno di competenza della prestazione di disoccupazione
(Barrare la casella corrispondente)

- servizio civile sostitutivo del servizio militare dal _____ al _____
- espatrio definitivo in paese non comunitario avvenuto in data _____
- soggiorno in paese extracomunitario dal _____ al _____
 dal _____ al _____
 dal _____ al _____
- indennità di disoccupazione agricola/non agricola a carico di istituzione straniera

● Componenti del nucleo familiare del/della richiedente *(Barrare la casella corrispondente)*

1

COGNOME **NOME**

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

A **PROV.** **STATO**

GRADO DI PARENTELA inabile

residente in Italia (indicare il comune) _____

residente all'estero (indicare lo Stato) _____

2

COGNOME **NOME**

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

A **PROV.** **STATO**

GRADO DI PARENTELA inabile

residente in Italia (indicare il comune) _____

residente all'estero (indicare lo Stato) _____

STUDIO 74 - www.studio74.it





Disoccupazione agricola e/o assegno per il nucleo familiare - 3/7

Conforme al modello ministeriale - www.inps.it

3

COGNOME NOME

CODICE FISCALE NATO/A IL GG/MM/AAAA

A PROV. STATO

GRADO DI PARENTELA inabile

residente in Italia (indicare il comune) -----
 residente all'estero (indicare lo Stato) -----

4

COGNOME NOME

CODICE FISCALE NATO/A IL GG/MM/AAAA

A PROV. STATO

GRADO DI PARENTELA inabile

residente in Italia (indicare il comune) -----
 residente all'estero (indicare lo Stato) -----

5

COGNOME NOME

CODICE FISCALE NATO/A IL GG/MM/AAAA

A PROV. STATO

GRADO DI PARENTELA inabile

residente in Italia (indicare il comune) -----
 residente all'estero (indicare lo Stato) -----

6

COGNOME NOME

CODICE FISCALE NATO/A IL GG/MM/AAAA

A PROV. STATO

GRADO DI PARENTELA inabile

residente in Italia (indicare il comune) -----
 residente all'estero (indicare lo Stato) -----

Printocean - STUDIO 74 - www.studio74.it



Disoccupazione agricola e/o assegno per il nucleo familiare - 4/7

● Redditi conseguiti dal richiedente e dai componenti il nucleo

- Nell'anno io ed i miei familiari
- non abbiamo conseguito redditi abbiamo conseguito i seguenti redditi (compilare la tabella sottostante)

TITOLARE DEI REDDITI	REDDITI ASSOGGETTILI ALL'IRPEF			
	1	2	3	4
	reddito da lavoro dipendente e assimilati	altri redditi	Mod. fiscale	reddito complessivo
RICHIEDENTE				
CONIUGE				
FAMILIARI				
TOTALE				

TITOLARE DEI REDDITI	REDDITI ESENTI DA IMPOSTA O SOGGETTI A RITENUTA ALLA FONTE A TITOLO D'IMPOSTA O IMPOSTA SOSTITUTIVA			
	1	2	3	4
	reddito da lavoro dipendente e assimilati	altri redditi	Mod. fiscale	reddito complessivo
RICHIEDENTE				
CONIUGE				
FAMILIARI				
TOTALE				

- Nell'anno io ed i miei familiari
- non abbiamo conseguito redditi abbiamo conseguito i seguenti redditi (compilare la tabella sottostante)

TITOLARE DEI REDDITI	REDDITI ASSOGGETTILI ALL'IRPEF			
	1	2	3	4
	reddito da lavoro dipendente e assimilati	altri redditi	Mod. fiscale	reddito complessivo
RICHIEDENTE				
CONIUGE				
FAMILIARI				
TOTALE				

TITOLARE DEI REDDITI	REDDITI ESENTI DA IMPOSTA O SOGGETTI A RITENUTA ALLA FONTE A TITOLO D'IMPOSTA O IMPOSTA SOSTITUTIVA			
	1	2	3	4
	reddito da lavoro dipendente e assimilati	altri redditi	Mod. fiscale	reddito complessivo
RICHIEDENTE				
CONIUGE				
FAMILIARI				
TOTALE				



Disoccupazione agricola e/o assegno per il nucleo familiare - 5/7

Dichiarazione di responsabilità del richiedente (DPR n. 445 del 28/12/2000)

Dichiaro che:

- non percepisco, nè altre persone percepiscono trattamenti di famiglia italiani o esteri per le persone indicate nella composizione del nucleo familiare.
- percepisco il trattamento di famiglia per le persone del nucleo indicate alle pag. 2/3.
Indicare lo Stato e l'importo mensile in euro
- ho richiesto il trattamento di famiglia per le persone del nucleo indicate alle pag. 2/3.
Indicare lo Stato

Indicare se altre persone percepiscono o hanno richiesto il trattamento di famiglia

COGNOME **NOME**

NATO/A IL GG/MM/AAAA **A**

CODICE FISCALE

- percepisce il trattamento di famiglia per le persone del nucleo indicate alle pag. 2/3.
Indicare lo Stato e l'importo mensile in euro
- ha richiesto il trattamento di famiglia per le persone del nucleo indicate alle pag. 2/3.
Indicare lo Stato

Data Firma

Modalità di pagamento

- bonifico domiciliato presso ufficio postale *(il pagamento in contanti allo sportello postale è consentito solo entro il limite previsto dalla normativa vigente)*
- accredito su conto corrente bancario o postale - libretto postale - INPS card - carta di pagamento dotata di IBAN *(il richiedente deve essere intestatario delle coordinate IBAN)*

CODICE IBAN

Composto da 27 caratteri

Data Firma



Disoccupazione agricola e/o assegno per il nucleo familiare - 6/7

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

Mi impegno a comunicare, entro 30 giorni, qualsiasi variazione; sono consapevole che la mancata o tardiva comunicazione di tali variazioni comporterà il recupero delle somme percepite indebitamente.

Dichiaro che le notizie da me fornite in questo modulo ed i documenti ad esso allegati corrispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze per chi rende dichiarazioni false (artt. 48, 73, 75 e 76 del D.P.R. 445/2000).

Data _____ Firma del richiedente _____

Informativa sul trattamento dei dati personali

(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante "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 di servizio 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 e 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 provinciale anche per il tramite dell'agenzia stessa.



Disoccupazione agricola e/o assegnato per il nucleo familiare - 7/7

● Richiesta da parte dell'erede del titolare della prestazioni

Questa parte va utilizzata solo se il titolare delle prestazioni è deceduto (Delibera C.d.A. n. 11 del 9 gennaio 1976, circolare n. 450 del 20 febbraio 1976).

Conforme al modello ministeriale - www.inps.it

<input type="text" value="COGNOME"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="NOME"/>	<input type="text"/>
<input type="text" value="CODICE FISCALE"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="NATO/A IL GG/MM/AAAA"/>	<input type="text"/>
<input type="text" value="A"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="PROV."/>	<input type="text"/>
<input type="text" value="STATO"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="CITTADINANZA"/>	<input type="text"/>
<input type="text" value="RESIDENTE/DOMICILIATO IN"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="PROV."/>	<input type="text"/>
<input type="text" value="INDIRIZZO"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="CAP"/>	<input type="text"/>
<input type="text" value="FRAZIONE"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="STATO"/>	<input type="text"/>
<input type="text" value="TELEFONO*"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="CELLULARE*"/>	<input type="text"/>
<input type="text" value="INDIRIZZO E-MAIL*"/>	<input type="text"/>		

In qualità di _____ **, erede del titolare, deceduto in data _____, chiedo il pagamento delle prestazioni ad esso spettanti.

● Modalità di pagamento

- bonifico domiciliato presso ufficio postale *(il pagamento in contanti allo sportello postale è consentito solo entro il limite previsto dalla normativa vigente)*
- accredito su conto corrente bancario o postale - libretto postale - INPS card - carta di pagamento dotata di IBAN **(il richiedente deve essere intestatario delle coordinate IBAN)**

<input type="text" value="CODICE IBAN"/>	<input type="text"/>
--	----------------------

Composto da 27 caratteri

Data _____ Firma _____



* Dati facoltativi

** Indicare il rapporto di parentela tra le seguenti opzioni: CONIUGE - FIGLIO/A - ALTRO