



Domanda di indennità di disoccupazione ASPI per i lavoratori sospesi (L. 92/2012, articolo 3, comma 17)

● A chi spetta

L'indennità spetta ai lavoratori sospesi - compresi quelli con la qualifica di apprendista - per crisi aziendali o occupazionali che possiedono l'anzianità assicurativa e i requisiti contributivi che la legge stabilisce per la prestazione ASPI.

● Cosa spetta

Un'indennità rapportata alla retribuzione percepita nell'ultimo biennio precedente la data di sospensione del rapporto di lavoro. I lavoratori che hanno diritto alla prestazione possono chiedere anche l'assegno per il nucleo familiare, sempre che il loro reddito non superi determinati limiti in rapporto ai componenti del nucleo. Gli importi dell'assegno e i limiti di reddito, stabiliti ogni anno dalla legge, sono riepilogati in tabelle disponibili sul sito www.inps.it. In caso di richiesta compilare il modulo ANF/PREST, via web (direttamente dal cittadino in possesso del PIN INPS), o tramite patronato (che, per legge, offre assistenza gratuita).

● Modalità di pagamento

Secondo le vigenti disposizioni di legge, le Pubbliche Amministrazioni non possono effettuare pagamenti in contanti per prestazioni il cui importo netto superi i 1000 euro. Le somme potranno essere riscosse mediante accredito su c/c bancario e postale, INPS Card o carte di pagamento dotate di IBAN (tutti gli strumenti devono essere nominativi ed intestati al legittimo beneficiario).

● Dati, informazioni e dichiarazioni indispensabili (articolo 1, comma 783, legge 296/2006)

- dati anagrafici del richiedente



Domanda di indennità di disoccupazione ASPI per i lavoratori sospesi (L. 92/2012, articolo 3, comma 17) - 1/2

● ALL'UFFICIO INPS DI		
● COGNOME	NOME	
● CODICE FISCALE	NATO/A IL GG/MM/AAAA	
● A	PROV.	STATO
● CITTADINANZA	SESSO	M F
● COMUNE DI RESIDENZA / DOMICILIO	PROV.	
● INDIRIZZO	CAP	
● TELEFONO *	CELLULARE *	
● INDIRIZZO E-MAIL*		
● CODICE TITOLO DI STUDIO	1 - Nessuno 2 - Licenza elementare 3 - Licenza media 4 - Diploma 5 - Laurea	

● Chiedo

la prestazione di disoccupazione ASPI per il seguente periodo:

dal _____ al _____

in qualità di:

- lavoratore sospeso
- apprendista sospeso

● Assegno per il nucleo familiare

- non ho diritto all'assegno
- ho diritto all'assegno – obbligatorio presentare modello ANF/PREST
(disponibile sul sito www.inps.it)

● Detrazioni d'imposta

(art. 23 del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 600 e successive modifiche e integrazioni)

- non chiedo alcuna detrazione
- chiedo la detrazione per lavoro dipendente e assimilati (di cui all'art. 13 del TUIR del DPR 917/1986)
- chiedo la detrazione per carichi di famiglia (di cui all'art. 13 del TUIR del DPR 917/1986)
(è obbligatorio presentare il modello MV10 debitamente compilato, disponibile sul sito www.inps.it)

* Dati facoltativi (l'inserimento dell'indirizzo e-mail e il numero di cellulare saranno utilizzati per comunicazioni inerenti la domanda di prestazione. In particolare il numero di cellulare sarà utilizzato per comunicazioni automatiche tramite SMS).



Domanda di indennità di disoccupazione ASPI per i lavoratori sospesi (L. 92/2012, articolo 3, comma 17) - 2/2

● Modalità di pagamento

- Bonifico domiciliato presso Ufficio postale
- Conto corrente bancario o postale - Libretto postale - INPS card - Carte di pagamento dotate di IBAN

CODICE IBAN

Composto da 27 caratteri

● Delega per la trattenuta delle quote sindacali

Autorizzo l'INPS, ai sensi degli articoli 2 della legge 852/1973 e 18 della legge 223/1991, ad effettuare sull'indennità spettante in base alla presente domanda, a titolo di quota associativa, la trattenuta nella misura prevista dalla convenzione con l'organizzazione sindacale.

Organizzazione sindacale scelta _____

Timbro dell'Organizzazione sindacale e firma del rappresentante _____

Data _____ Firma del richiedente _____

Dichiaro che le notizie da me fornite in questo modulo ed i documenti ad esso allegati rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze previste per chi rende dichiarazioni false (artt. 48, 73, 75 e 76 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 Ciro il Grande, 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 seguente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale, e amministrativa sulla base sanitaria.

Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati ed istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno conoscere i suoi dati altri soggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'INPS e operano in qualità di Responsabili designati dall'Istituto.

I suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o privati, tra cui Istituti di credito o Uffici postali, altre Amministrazioni, Enti o Casse di previdenza obbligatoria.

Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano.

L'INPS la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura provinciale territorialmente competente all'istruttoria della presente domanda.