

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

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

☐ Desidero ricevere comunicazioni tramite SMS

Stato civile

Barrare la casella corrispondente

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> celibe/nubile | <input type="radio"/> divorziato/a dal _____ | <input type="radio"/> coniugato/a dal _____ |
| <input type="radio"/> vedovo/a dal _____ | <input type="radio"/> separato/a legalmente dal _____ | <input type="radio"/> abbandonato/a dal _____ |

Chiedo per l'anno _____

Barrare la casella corrispondente

- ☐ la disoccupazione agricola (con requisiti normali o con requisiti ridotti)
- ☐ l'assegno per il nucleo familiare

Mandato di assistenza e rappresentanza

Delego il patronato presso il quale eleggo domicilio (ai sensi dell'articolo 47 del codice civile) a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente nei confronti dell'Inps, per la trattazione della presente domanda di disoccupazione e/o assegno per il nucleo familiare per i lavoratori agricoli dipendenti

Patronato scelto _____ Codice _____

Timbro del patronato e firma dell'Operatore _____

Data _____

Firma del richiedente _____

DELEGA PER LA RISCOSSIONE DEI CONTRIBUTI ASSOCIATIVI DOVUTI DAI PROPRI ISCRITTI SULLE PRESTAZIONI TEMPORANEE, AI SENSI DELL'ART. 2 DELLA LEGGE 27 DICEMBRE 1973, N.852

Dichiaro

avvalendomi di quanto disposto dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del citato D.P.R., in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi, di essere iscritto al/alla seguente Sindacato/Associazione: _____

Delego

l'INPS, quale ente erogante la prestazione di disoccupazione agricola, ad effettuare, sul pagamento della prestazione medesima la trattenuta dei contributi associativi a favore del/della Sindacato/Associazione sopra indicato/a, nella misura di € _____

Luogo e data _____

Il richiedente _____



Disoccupazione agricolae/o assegno per il nucleo familiare - 2/7

- ☒ **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)

- ☒ **CODICE FISCALE DEL CONIUGE** ☐ residente all'estero
- (L'Inps è tenuto a indicare nella Certificazione Unica il codice fiscale del coniuge anche se non a carico)

- ☒ **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 comunitario ☐ anno di competenza della prestazione
- ☐ anno precedente
- ☐

- ☒ **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) _____



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

3

COGNOME		NOME	
CODICE FISCALE		NATO/A IL GG/MM/AAAA	
A		PROV.	
GRADO DI PARENTELA		<input type="radio"/> inabile	
<input type="radio"/> residente in italia (indicare il comune) _ _ _ _ _			
<input type="radio"/> residente all'estero (indicare lo Stato) _ _ _ _ _			

4

COGNOME		NOME	
CODICE FISCALE		NATO/A IL GG/MM/AAAA	
A		PROV.	
GRADO DI PARENTELA		<input type="radio"/> inabile	
<input type="radio"/> residente in italia (indicare il comune) _ _ _ _ _			
<input type="radio"/> residente all'estero (indicare lo Stato) _ _ _ _ _			

5

COGNOME		NOME	
CODICE FISCALE		NATO/A IL GG/MM/AAAA	
A		PROV.	
GRADO DI PARENTELA		<input type="radio"/> inabile	
<input type="radio"/> residente in italia (indicare il comune) _ _ _ _ _			
<input type="radio"/> residente all'estero (indicare lo Stato) _ _ _ _ _			

6

COGNOME		NOME	
CODICE FISCALE		NATO/A IL GG/MM/AAAA	
A		PROV.	
GRADO DI PARENTELA		<input type="radio"/> inabile	
<input type="radio"/> residente in italia (indicare il comune) _ _ _ _ _			
<input type="radio"/> residente all'estero (indicare lo Stato) _ _ _ _ _			



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

● Redditi conseguiti dal richiedente e dai componenti il nucleo

- Nell'anno 20__ __ io ed i miei familiari
 - ☐ non abbiamo conseguito redditi
 - ☐ abbiamo conseguito i seguenti redditi (compilare la tabella sottostante)

TITOLARE DEI REDDITI	REDDITI ASSOGGETTABILI 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 20__ __ io ed i miei familiari
 - ☐ non abbiamo conseguito redditi
 - ☐ abbiamo conseguito i seguenti redditi (compilare la tabella sottostante)

TITOLARE DEI REDDITI	REDDITI ASSOGGETTABILI 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 responsabilit  del richiedente (DPR n. 445 del 28/12/2000)

☒ Dichiaro che:

- ☐ non percepisco, n  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

<input type="radio"/> COGNOME	<input type="text"/>	<input type="radio"/> NOME	<input type="text"/>
<input type="radio"/> NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>	<input type="radio"/> A	<input type="text"/>
<input type="radio"/> CODICE FISCALE	<input type="text"/>		

- ☐ 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 _____

Modalit  di pagamento

- ☐ bonifico domiciliato presso ufficio postale
(il pagamento in contanti presso lo sportello   consentito solo entro il limite previsto dalla normativa vigente)
- ☐ Accreditamento su conto corrente bancario o postale - Libretto postale - Carta di pagamento dotata di IBAN
(in tale caso deve essere compilato e inviato il modello SR163 come da informativa)

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

Composto da 27 caratteri

L'IBAN   intestato o cointestato al richiedente la prestazione

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 previste 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, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa su base sanitaria.

Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati e 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 territorialmente competente all'istruttoria della presente domanda; se si tratta di una agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale o subprovinciale, anche per il tramite dell'agenzia stessa.



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

● Richiesta da parte dell'erede del titolare delle 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).

COGNOME		NOME	
CODICE FISCALE		NATO/A IL GG/MM/AAAA	
A		PROV.	
STATO		CITTADINANZA	
RESIDENTE / DOMICILIATO IN		PROV.	
INDIRIZZO		CAP	
FRAZIONE		STATO	
TELEFONO *		CELLULARE *	
INDIRIZZO E-MAIL*			

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 re o lo sportello è consentito solo entro il limite re i to dalla normati a i ente)
- ☐ accredito su conto corrente bancario o postale - Libretto postale - Carta di pagamento dotata di IBAN
(in tale ca o de e e ere com ilato e in iato il modello S come da in ormati a)

CODICE IBAN	
-------------	--

Composto da 27 caratteri

L'IBAN è intestato o cointestato al richiedente la prestazione

Data _____

Firma _____

* Dati facoltativi

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