

**DOMANDA DI PRESTAZIONI DI DISOCCUPAZIONE AGRICOLA
E/O ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE ANNO**

(allegare la fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente se la domanda non viene presentata personalmente dal medesimo - articolo 38 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

ALL' ISTITUTO NAZIONALE
DELLA PREVIDENZA SOCIALE DI

Io sottoscritto/a

DATI ANAGRAFICI

Cognome

Nome

Nato/a il (gg/mm/aaaa)

Sesso M - F a

(comune o stato estero di nascita)

Prov.

Cittadinanza

Codice fiscale

Indirizzo

N. civico

CAP

(Via, Frazione, Piazza,)

Comune di residenza

Frazione

Prov.

Telefono (con prefisso)

Tel. cellulare

e-mail

Documento di Identita'

n.

rilasciato il

CHIEDO LE PRESTAZIONI DI DISOCCUPAZIONE AGRICOLA

Disoccupazione agricola

CHIEDO L'ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE

A saldo per le giornate di occupazione nonché infortunio, malattia, maternità relative all'anno

In acconto per il periodo di occupazione del 1° semestre

Per i giorni di disoccupazione non indennizzati del coniuge lavoratore agricolo dipendente dell'anno

MODALITA' DI PAGAMENTO DELLA PRESTAZIONE

Bonifico domiciliato presso Ufficio postale

Accredito sul conto corrente bancario o postale

(indicare le coordinate bancarie)

Codice IBAN (Composto da 27 caratteri)

MANDATO DI ASSISTENZA E RAPPRESENTANZA

Io sottoscritto delego il patronato cod. , a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente nei confronti dell'INPS per la trattazione della pratica relativa alla domanda di prestazione di disoccupazione agricola e/o assegno per il nucleo familiare.

Avendo ricevuto, a norma di quanto previsto dall'art.13 del decreto legislativo n. 196/2003 l'informativa sul "trattamento dei miei dati personali", compresi i dati sensibili dicui all'art.4 della norma medesima:

1. consento il loro "trattamento" per il conseguimento delle finalità del presente mandato e degli scopi statutari del patronato;
2. consento che gli stessi siano comunicati all'INPS;
3. consento all'INPS il trattamento dei dati medesimi per gli adempimenti degli obblighi previsti dalla normativa;
4. non consento quanto indicato ai punti 1 - 2 - 3

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

Inoltre, avendo ricevuto a norma di quanto previsto dall'art.13 del decreto legislativo n. 196/2003, l'informativa sul "trattamento dei miei dati personali".

1. consento il loro "trattamento" per le finalità previste dallo statuto dell'associazione;
2. consento che gli stessi siano comunicati all'INPS;
3. consento all'INPS il trattamento dei dati medesimi per i propri fini istituzionali e per gli adempimenti degli obblighi previsti dalla legge e dalla convenzione con l'associazione suindicata;
4. non consento quanto indicato ai punti 1 - 2 - 3

Data

Firma

Timbro dell'Associazione Sindacale e firma del Rappresentante

DATI RELATIVI ALL'ATTIVITÀ AUTONOMA

Ho svolto attività autonoma pur non essendo iscritto nella relativa Gestione

SI -

NO

In caso affermativo indicare la Gestione (coltivatori diretti, mezzadri,

coloni, artigiani, commercianti, pescatori della piccola pesca, parasubordinati)

DATI RELATIVI ALL'ATTIVITÀ SVOLTA COME DIPENDENTE

Tipo di lavoro

SI NO

☐ Lavoro agricolo a tempo indeterminato per parte dell'anno

☐ Lavoro in settore non agricolo

Anno

(allegare modello/i dl. 86/88 bis relativo/i all'anno cui si riferisce la domanda)

Anno

☐ Lavoro in un paese comunitario

Anno

(settore agricolo / non agricolo)

Anno

denominazione paese comunitario

GIORNATE NON INDENNIZZABILI RELATIVE ALL'ANNO

(barrare la casella che interessa)

SI NO

☐ Servizio militare

☐ Espatrio in paese non comunitario

☐ Indennità di disoccupazione *(agricola / non agricola)*
a carico di istituzione straniera

DATI RELATIVI ALLA COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE DEL/DELLA RICHIEDENTE

CODICE FISCALE

DATA DI NASCITA

COMUNE DI NASCITA

RAPPORTO DI PARENTELA (1) (2)

1

2

3

4

5

6

7

8

(1) barrare la casella se il componente è inabile

(2) barrare la casella se il componente risiede all'estero

STATO CIVILE DEL / DELLA RICHIEDENTE:

CELIBE/NUBILE -

CONIUGATO/A -

VEDOVO/A -

SEPARATO/A -
LEGALMENTE

DIVORZIATO/A -

ABBANDONATO/A

DATI RELATIVI AI REDDITI CONSEGUITI DAL/DALLA RICHIEDENTE E DAI COMPONENTI IL NUCLEO

Nell'anno il nucleo familiare ha percepito redditi?

SI

NO

Nell'anno il nucleo familiare ha percepito redditi?

SI

NO

(In caso affermativo specificare i redditi nel riquadro sottostante)

	Titolare dei redditi	Redditi assoggettabili all'IRPEF				Redditi esenti da imposta o soggetti a ritenuta alla fonte a titolo d'imposta o imposta sostitutiva			
		Reddito da lavoro dipendente ed assimilati	Altri redditi	Mod. fiscale	Reddito complessivo	Reddito da lavoro dipendente ed assimilati	Altri redditi	Mod. fiscale	Reddito complessivo
ANNO	Richiedente								
	Coniuge								
	Familiari								
	Totale								
ANNO	Richiedente								
	Coniuge								
	Familiari								
	Totale								

Non chiedo alcuna detrazione

Chiedo la detrazione per lavoro dipendente e assimilati (di cui all'art. 12 del TUIR del DPR 917/1986)

Chiedo le detrazioni per carichi di famiglia (di cui all'art. 12 del TUIR del DPR 917/1986)

(e' obbligatorio presentare il modello MV10 debitamente compilato, disponibile sul sito www.inps.it)

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL / DELLA RICHIEDENTE

- Dichiaro di non aver richiesto e di non percepire e che nessun familiare ha richiesto o percepisce , per i periodi cui si riferisce la presente domanda, trattamenti di famiglia per le persone che compongono il nucleo familiare.
- Consapevole delle conseguenze civili e penali previste dagli articoli 75 e 76 del DPR 26 dicembre 2000, n.445 per coloro che rendono attestazioni false, dichiaro che tutte le informazioni fornite con questa domanda sono veritiere e mi impegno a comunicare all'INPS, entro trenta giorni, qualsiasi variazione.
- Sono consapevole che l'INPS utilizzerà i dati forniti esclusivamente per il procedimento amministrativo in corso, potrà accedere ai dati personali chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o il blocco (decreto legislativo n. 196/2003).

Data

Firma

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL CONIUGE DEL / DELLA RICHIEDENTE

Il/la sottoscritt consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazione false, dichiara di non percepire e di non aver richiesto alcun trattamento di famiglia comunque denominato, italiano o o estero per le persone che compongono il nucleo familiare. In caso di richiesta del trattamento di famiglia per le predette persone per il periodo di validità della presente domanda, si impegna a darne immediata comunicazione alla sede INPS cui è rivolta la presente domanda .

Data

Firma

Data

Firma del/della richiedente

La compilazione del riquadro che segue deve essere effettuata solo nel caso in cui il coniuge del richiedente chieda che il pagamento dell'assegno per il nucleo familiare venga effettuato in suo favore

**RICHIESTA DEL CONIUGE DELL'AVENTE DIRITTO ALL'EROGAZIONE
DELL'ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE.**

Cognome

Nome

Nato/a il (gg/mm/aaaa)

Sesso M - F a

(comune o stato estero di nascita)

Prov.

Cittadinanza

Codice fiscale

Indirizzo

N. civico

CAP

(Via, Fraz., Piazza,)

Comune di residenza

Prov.

Telefono (con prefisso)

Tel. cellulare

e-mail

IN QUALITA' DI CONIUGE DELL'AVENTE DIRITTO DICHIARA, CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE CIVILI E PENALI PREVISTE PER COLORO CHE RENDONO DICHIARAZIONI FALSE, DI NON ESSERE TITOLARE DI UN AUTONOMO DIRITTO ALLA CORRESPONSIONE DELL'ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE,CHIEDE IL PAGAMENTO DELL'ASSEGNO AI SENSI DELL'ART. 1, COMMA 559, DELLA LEGGE 30 DICEMBRE 2004, n. 311

MODALITA' DI PAGAMENTO

Bonifico domiciliato presso Ufficio postale

Accredito sul conto corrente bancario o postale
(indicare le coordinate bancarie)

Codice IBAN (Composto da 27 caratteri)

Data

Firma del richiedente



Istituto Nazionale Previdenza Sociale



RICEVUTA DELLA DOMANDA DI DISOCCUPAZIONE AGRICOLA

DIREZIONE/AGENZIA INPS DI

Il sig.

HA PRESENTATO IN DATA ODIERNA:

Domanda di prestazioni di disoccupazione agricola anno

Domanda di assegno per il nucleo familiare periodo

dal al

ALLEGANDO:

Mod. DS/COOP

Mod. Ds.agr./CO.CO.CO.

Mod. Deduz. PNP

Mod. Prest.Agr.21/TP A.F.

Mod. A.F.4 Agr/Spec

Mod. DL86/88 bis

Fotocopia documento di riconoscimento

Altro _____

DATA _____

firma dell'impiegato addetto
