



REPUBBLICA DI SAN MARINO

ISTITUTO PER LA SICUREZZA SOCIALE

DOMANDA DI INDENNITA' DI DISOCCUPAZIONE

(Legge 31-03-2010, n.73 - Decreto Delegato n.80 del 05-05-2010)

Il/la Sottoscritto/a _____

Cod. I.S.S. _____ Nato/a il _____

residente a _____

avendo terminato il rapporto di lavoro con la Ditta _____

in data ____ / ____ / ____ chiede di essere ammesso/a al godimento della indennità, di cui al Titolo II

Capo IV dal giorno ____ / ____ / ____ .

Con la presente dichiara, sotto la propria responsabilità, di non esercitare alcuna attività lavorativa e si impegna a comunicare tempestivamente l'eventuale inizio.

Precisa inoltre di conoscere gli obblighi che dalla accettazione della presente gli derivano ed in particolare quelli contemplati al Capo IV della Legge 31-03-2010, n. 73 e le sanzioni previste all'art. 7 della medesima Legge.

Rep. San Marino, li ____ / ____ / ____ IL/LA RICHIEDENTE _____

PARTE RISERVATA AL DATORE DI LAVORO

Codice Operatore N. _____

Si dichiara che il /la dipendente _____

Cognome

Nome

Codice I.S.S.

Qualifica

Assunto/a il ____ / ____ / ____ ha cessato il lavoro il ____ / ____ / ____

Per (1) _____

Ha diritto ad un periodo di preavviso dal _____ al _____

Nei quattro mesi precedenti quello in corso ha percepito quanto segue:

	Giorni I.S.S. (lavorati, ferie, festività)	Imponibile I.S.S. (ad esclusione delle ferie non godute)
Ultimo mese		
Penultimo mese		
Terzultimo mese		
Quartultimo mese		
Totale		

Nei quattro mesi considerati è stato assente per: sospensione attività

dal _____ al _____

dal _____ al _____

inabilità temporanea

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

riduzione oraria

dal _____ al _____

dal _____ al _____

N.B. Da allegare al presente modulo copia delle ultime quattro retribuzioni.

Rep. San Marino, li ____ / ____ / ____

Firma e timbro _____

(1) Sospensione di attività aziendale, licenziamento involontario, scadenza contratto di lavoro, mancato superamento periodo di prova se a tempo indeterminato.

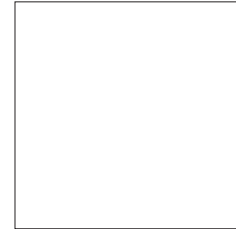
PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO DI COLLOCAMENTO

Si dichiara che il lavoratore suddetto **è iscritto dal** _____
nelle liste di avviamento al lavoro previste dalla delibera n. 21 della Commissione per il Lavoro del
21- 23 Luglio 2009.

Si dichiara che il lavoratore **non è iscritto** nelle liste presso questo Ufficio.

Rep. San Marino, li _____ / _____ / _____

Firma _____



PARTE RISERVATA ALL'ISTITUTO PER LA SICUREZZA SOCIALE

L'indennità di disoccupazione verrà erogata, secondo le modalità seguenti, tenuto conto dell'attività lavorativa svolta dal lavoratore negli ultimi due anni:

Media delle retribuzioni percepite negli ultimi 4 mesi: _____

a) da oltre 6 mesi a 12 mesi di attività, pari rispettivamente da 121 a 242 giorni di contribuzione validi agli effetti pensionistici:

il **30%** della media delle retribuzioni percepite negli ultimi 4 mesi per un periodo massimo di 3 mesi:

b) da oltre 12 mesi a 24 mesi di attività, pari o superiori a 243 giorni di contribuzione validi agli effetti pensionistici:

il **60%** della media delle retribuzioni percepite negli ultimi 4 mesi per un periodo massimo di 6 mesi:

il **50%** per il 7° e l'8° mese: _____

il **40%** per il 9°, 10°, 11° e 12° mese esclusivamente per coloro che alla data di richiesta abbiano superato i 50 anni di età e che abbiano i requisiti di cui alla lettera b):

L'UFFICIO INDENNITA'

Rep. San Marino, li _____ / _____ / _____
