



# DOMANDA DI INTEGRAZIONE SALARIALE ORDINARIA

(legge 164/75 e successive integrazioni e modificazioni)

(fornire le notizie richieste e barrare le caselle che interessano)

1^ richiesta

proroga

A DATI RELATIVI ALLA AZIENDA						
DENOMINAZIONE				MATRICOLA AZIENDALE		
CODICE FISCALE	DATA INIZIO ATTIVITA' gg/mm/aaaa		MAESTRANZA IN FORZA	SEDE INPS OVE ACCENTRA I CONTRIBUTI		
INDIRIZZO SEDE (indicare il recapito ove inviare comunicazioni)			PROV.	C.A.P.	N. TELEFONO FISSO	
N. TELEFONO CELLULARE		N. TELEFONO FAX		E-MAIL		

B DATI RELATIVI ALL'UNITA' PRODUTTIVA (STABILIMENTO, REPARTO O SETTORE AUTONOMO)						
MATRICOLA (se diversa da quella di cui al q.A)			UBICAZIONE (Fraz. Via, Piazza, n. etc.)			
Altitudine	COMUNE	PROV.	DATA INIZIO ATTIVITA'	<input type="checkbox"/> mensile <input type="checkbox"/> quattord. <input type="checkbox"/> settim.	PERIODO DI PAGA	Scadente il

C PERIODO INTERESSATO - ORE DI CIG RICHIESTE - CAUSA DELLA CONTRAZIONE DI ATTIVITA'			
PERIODO DI INTERVENTO DAL	AL	SETTIMANE INTERE DI CALENDARIO N.	TOTALE ORE DI CIG.N.
CAUSALE DELLA RIDUZIONE/SOSPENSIONE DI ATTIVITA'			CODICE

D DISTINTA LAVORATORI IN FORZA ALL'INIZIO DEL PERIODO DI CIG RICHIESTO										
QUALIFICA RIVESTITA	A TEMPO PIENO		PART-TIME		FORM. E LAVORO		SOLIDARIETA'		TOTALE	
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE
OPERAI										
IMPIEGATI/QUADRI										
<b>TOTALE</b>										

E DISTINTA LAVORATORI PER I QUALI VIENE RICHIESTO L'INTERVENTO																		
QUALIFICA (all'inizio del periodo)	SOSPESI								ORARIO RIDOTTO									
	A TEMPO PIENO		PART-TIME		FORM.LAV.		TOTALE		A TEMPO PIENO		PART-TIME		FORM.LAV.		SOLIDARIETA'		TOTALE	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
OPERAI																		
IMP/QUADRI																		
<b>TOTALE</b>																		

F RIPRESA DI ATTIVITA'		
<input type="checkbox"/> E' AVVENUTA (vedi Quadro S)	<input type="checkbox"/> E' PREVISTA (vedi Quadro S)	<input type="checkbox"/> NON E' PREVEDIBILE

G DICHIARAZIONE DEL DATORE DI LAVORO/LEGALE RAPPRESENTANTE	
IL/LA SOTTOSCRITTO.....,CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' CIVILI E PENALI PREVISTE PER COLORO CHE RENDONO DICHIARAZIONI FALSE O INESATTE, DICHIARA CHE LE NOTIZIE FORNITE CON IL PRESENTE MODELLO RISPONDONO A VERITA': SI IMPEGNA, INOLTRE, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' A COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE OGNI VARIAZIONE CHE DOVESSE INTERVENIRE RISPETTO ALLE NOTIZIE FORNITE CON LA PRESENTE DOMANDA.	
DATA,	(Firma per esteso e leggibile e timbro della ditta)

SPAZIO RISERVATO ALL'I.N.P.S.					
CODICE UNITA' PROD.V	CODICE INTERV.	DATA PRESENT. DOMANDA	N. DOMANDA	DATA ACQUISIZIONE	CODICE EVENTO





Segue quadro M

GG.	11° SETTIMANA				12° SETTIMANA				13° SETTIMANA			
	ORE DI				ORE DI				ORE DI			
	ORD.	STR.	REC.	Assenze	ORD.	STR.	REC.	Assenze	ORD.	STR.	REC.	Assenze
LUN.												
MAR.												
MER.												
GIOV.												
VEN.												
SAB.												
DOM.												
TOT												

N DATI RELATIVI A PERIODI DI FERIE RETRIBUITE, RIPOSI COMPENSATIVI E PERMESSI RETRIBUITI							
N° GIORNI DI FERIE MATURATE E NON FRUITE		ULTERIORI GIORNI SPETTANTI PER			PERIODO DI FRUIZIONE FERIE		
NELL'ANNO PRECEDENTE	NELL'ANNO IN CORSO	FERIE AGGIUNTIVE	RIPOSI COMPENSATIVI	PERMESSI RETRIBUITI	DAL	AL	FISSATO IN BASE (*)

(\*) indicare "A", se il periodo è fissato in base al C.C.N.L.; "B" se al Contratto Provinciale; "C" se all'Accordo aziendale.

(DA COMPILARE PER LE FESTIVITA' INFRASETTIMANALI COMPRESSE NEL PERIODO RICHIESTO)

O FESTIVITA' INFRASETTIMANALI RICHIESTE PER LAVORATORI CHE NON PRESTANO ATTIVITA' DA OLTRE DUE SETTIMANE					
FESTIVITA' GIORNO E MESE		N. LAVORATORI	FESTIVITA' GIORNO E MESE		N. LAVORATORI

(DA COMPILARE SE LA DOMANDA COMPRENDE LAVORATORI CON CONTRATTO DI SOLIDARIETA')

P DATI RELATIVI AL CONTRATTO DI SOLIDARIETA'															
DATA DEPOSITO CONTRATTO					DURATA CONTRATTO MESI N.										
ORARIO CONTRATTUALE SETTIMANALE OPERAI:		DAL		AL		DI ORE		E MINUTI		ARTICOLATO SU GIORNI		5	6		
ORARIO CONTRATTUALE SETTIMANALE IMPIEGATI:		DAL		AL		DI ORE		E MINUTI		ARTICOLATO SU GIORNI		5	6		
ORE INTEGRATE CON TRATTAMENTO STRAORDINARIO E ORE LAVORATE NELLE SETTIMANE CUI SI RIFERISCE LA PRESENTE DOMANDA (V. Quadro E)															
LAVORATORI	QUALIFICA	N. LAV.	1° settimana		2° settimana		3° settimana		4° settimana		5° settimana		TOTALE ORE		RISERVATO INPS ORE AUTORIZZATE
			dal .....	al .....	dal .....	al .....	dal .....	al .....	dal .....	al .....	Ore CIGS spettanti	Ore Lavorate			
			Ore CIGS spettanti	Ore Lavorate	Ore CIGS spettanti	Ore Lavorate	Ore CIGS spettanti	Ore Lavorate	Ore CIGS spettanti	Ore Lavorate	Ore CIGS spettanti	Ore Lavorate			
	OPERAI														
	IMPIEGATI														
	OPERAI														
	IMPIEGATI														
	OPERAI														
	IMPIEGATI														
	OPERAI														
	IMPIEGATI														
	OPERAI														
	IMPIEGATI														
	ORE RICHIESTE														

(DA COMPILARE SE LA DOMANDA COMPRENDE LAVORATORI ASSUNTI CON CONTRATTO DI FORMAZIONE)

Q DATI RELATIVI AL CONTRATTO DI FORMAZIONE E LAVORO												
PROGETTO APPROVATO	NOTIFICA CONTRATTO ALL'ISPettorato DEL LAVORO		DURATA Contratto	N. ORE DESTINATE ALLO ADDESTRAMENTO TEORICO			LAVORATORI INTERESSATI				ORARIO Contrattuale	
	DATA			N. MESI	Giornaliere	Settimanali	Mensili	OPERAI		IMPIEGATI		
	S/NO							MASCHI	FEMMINE	MASCHI		FEMMINE

R PROCEDURA DI CONSULTAZIONE SINDACALE	
LA COMUNICAZIONE ALLE RAPPRESENTANZE SINDACALI AZIENDALI O, IN MANCANZA, ALLE ORGANIZZAZIONI SINDACALI PROVINCIALI PIU' RAPPRESENTATIVE E' STATA INVIATA IN DATA	LA PROCEDURA DI CONSULTAZIONE SINDACALE E' AVVENUTA IN DATA
NB= IN CASO DI MANCATA CONSULTAZIONE INDICARE I MOTIVI	

S ULTERIORI DATI RELATIVI ALLA RIPRESA DI ATTIVITA'										
PERIODO DI RIPRESA ATTIVITA'		CON TUTTI I LAVORATORI INTERESSATI	OVVERO CON I SEGUENTI LAVORATORI				ORARIO SETTIMANALE	DURATA RIPRESA ATTIVITA'		DATA DELLA PREVISIONE DI RIPRESA ATTIVITA'
DAL	AL		SOSPESI	OR.RID.	SOSPESI	OR.RID.		CONTINUATIVA	NON CONTINUATIVA	
ELEMENTI SU CUI SI BASA LA PREVISIONE DI RIPRESA ATTIVITA'										

T MOTIVI DELLA PROROGA (DA COMPILARE PER LE RICHIESTE DI PROROGA OLTRE LE 13 SETTIMANE)	
MOTIVI CHE HANNO DETERMINATO L'ESIGENZA ECCEZIONALE PER L'IMPRESA DI CHIEDERE LA PROROGA OLTRE I PRIMI TRE MESI CONTINUATIVI	MOTIVI PER I QUALI NON SI E' REALIZZATA LA RIPRESA DELL'ATTIVITA' PRODUTTIVA PREVISTA NELLA PRECEDENTE DOMANDA

U DATI RELATIVI A SOSTE RICORRENTI		
PERIODI IN CUI SI VERIFICA LA SOSTA		MOTIVO DELLA FLESSIONE PRODUTTIVA
DAL	AL	

V DATI RELATIVI ALLA PROCEDURA CONCORSALE E AD ALTRE PROCEDURE			
TIPO DI PROCEDURA	DATA	TIPO DI PROCEDURA	DATA
ISTANZA DI FALLIMENTO PRESENTATA		AMMINISTRAZIONE STRAORDINARIA	
FALLIMENTO DICHIARATO		LIQUID. COATTA AMMINISTR. DISPOSTA	
AMMISSIONE AL CONCORDATO PREVENTIVO		LIQUIDAZIONE DELL'IMPRESA DELIBERATA (fornire risposta se trattasi di società)	

Z DATI RELATIVI A RICHIESTE DI INTERVENTO STRAORDINARIO
E' STATA AVANZATA RICHIESTA DI INTERVENTO STRAORDINARIO PER LO STESSO PERIODO DI CUI ALLA PRESENTE DOMANDA, OVVERO PER UN PERIODO PIU' AMPIO IN DATA..... PER.....(indicare la causale) PER N.....LAVORATORI, ADDETTI AI SEGUENTI REPARTI.....

W DICHIARAZIONE RELATIVA AL CONTRIBUTO A FONDO PERDUTO (DA COMPILARE SOLO SE TRATTASI DI COOPERATIVE DI PRODUZIONE E LAVORO)
LA SOCIETA' COOPERATIVA RICHIEDENTE HA OTTENUTO IL CONTRIBUTO A FONDO PERDUTO DI CUI ALL'ART. 17, DELLA LEGGE 27.2.1985, N.49. IN DATA (indicare la data di registrazione del provvedimento)

DOCUMENTI ALLEGATI:

ANNOTAZIONI DELLA DITTA

**AVVERTENZA:** LE DICHIARAZIONI MENDACI, LA FALSITA' NEGLI ATTI E L'USO DI ATTI FALSI SONO PUNITI, AI SENSI DELL'ART. 26 DELLA LEGGE 4 GENNAIO 1968, N. 15, CON LE SANZIONI PREVISTE DALLA LEGGE PENALE E DALLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA.

LA DITTA E' TENUTA AD ESPORRE UN AVVISO CON IL QUALE PORTARE A CONOSCENZA DELLA MAESTRANZA INTERESSATA CHE E' STATA AVANZATA DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE AL PAGAMENTO DELLE INTEGRAZIONI SALARIALI PER IL PERIODO DAL ..... AL..... PER N. .... LAVORATORI. DOVRA' INOLTRE FAR PRESENTE AGLI INTERESSATI CHE POTRANNO PRENDERE VISIONE DEI NOMINATIVI DEL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO E DEL RESPONSABILE DEL PROVVEDIMENTO, DAGLI APPOSITI AVVISI ESPOSTI PRESSO LA SAP/CO INPS DI ..... OVVERO CHIEDERE INFORMAZIONI ANCHE TELEFONICAMENTE.
---

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma del datore di lavoro/legale rappresentante

**ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE**

Quadro C	La causale della contrazione di attivita' deve essere il piu' possibile circostanziata ed ulteriormente illustrata nel quadro apposito o con nota a parte. In caso di richiesta motivata da crisi di mercato, specificare dettagliatamente la causale riconducibile alla crisi.  Il campo relativo al Codice della causale dovra' essere compilato soltanto dopo che l'Istituto avra' reso note le codifiche di tutte le causali.
Quadro G	La domanda deve essere sottoscritta in forma autografa dal datore di lavoro o dal suo legale rappresentante (non e' valida se reca soltanto l'apposizione della ragione sociale a mezzo timbro).
Quadro L	Il quadro e' riservato ai lavoratori interessati alla CIG, che prestano attivita' a tempo parziale, su base orizzontale. Nel caso di lavoratori a tempo parziale, su base verticale, interessati alla CIG, ovvero in caso di turnazioni su periodi ultrasettimanali, dovra' essere compilato l'intercalare allegato alla domanda.
Quadro M	Nel caso di riduzione dell'orario settimanale qualora nel corso della settimana siano effettuate prestazioni straordinarie o di recupero, l'azienda dovra' indicare, nelle apposite colonne, per ciascun giorno della settimana: <ul style="list-style-type: none"> <li>- il totale delle ore di lavoro ordinario ;</li> <li>- il totale delle ore di lavoro straordinario ;</li> <li>- il totale delle ore di recupero ( in caso di mancato recupero, dovranno essere illustrati i motivi nel riquadro "Annotazioni della ditta");</li> <li>- il totale delle ore di assenze che non comportano retribuzione.</li> </ul> Qualora la sospensione/riduzione dell'attivita' lavorativa sia dovuta ad interruzione di energia elettrica da parte dell'Ente erogatore, il datore di lavoro deve specificare se le ore perse sono state recuperate nella stessa settimana ovvero in una settimana successiva. In caso di mancato recupero dovranno essere illustrati i motivi.
Quadro N	Le notizie devono essere riferite ai lavoratori per i quali e' richiesta la CIG. Allegare documentazione.
Quadro O	Le ore corrispondenti alle festività infrasettimanali debbono essere incluse tra quelle per cui e' richiesta l'integrazione salariale.
Quadro P	Allegare contratto.
Quadro T	Documentare l'esigenza eccezionale per l'azienda di protrarre la sospensione/riduzione dell'orario di lavoro.
Quadro U	Allegare un prospetto contenente i periodi di soste ricorrenti avuti negli ultimi 5 anni.

**AVVERTENZE**

- La domanda deve essere inviata per posta o consegnata direttamente alla SAP/CO INPS nella cui circoscrizione territoriale e' ubicata l'unita' produttiva interessata alla CIG entro e non oltre i 25 giorni dalla fine del periodo di paga in corso alla scadenza della settimana nella quale ha avuto inizio la sospensione /riduzione di orario denunciata nella domanda stessa.
- Per le domande presentate oltre il termine suindicato l'eventuale autorizzazione decorrerà dall'inizio della settimana precedente a quella in cui ha avuto luogo la relativa presentazione.
- Nel caso in cui le informazioni da fornire siano superiori a quelle previste nei quadri "I, L,M, P", occorre utilizzare ulteriori modelli fino al raggiungimento delle informazioni richieste. Ovviamente in tali modelli aggiuntivi (debitamente firmati) dovranno essere compilati solo i quadri "A " e "B"
- Qualora la richiesta di integrazione si riferisca a periodi non consecutivi, vanno presentate tante domande quanti sono i periodi richiesti.
- La richiesta va riferita ad un periodo non superiore a 13 settimane continuative (3 mesi continuativi). Qualora ecceda il periodo suddetto (13 settimane continuative) dovranno essere compilate distinte domande per periodi non superiori a 13 settimane continuative
- Le ore di lavoro denunciate nella richiesta devono essere riferite alle singole settimane di calendario (da lunedì a domenica); per le aziende che effettuano lavorazioni a ciclo continuo va riferito dal lunedì alla domenica.

N. B.: LE INTEGRAZIONI SALARIALI NON SPETTANO AI DIPENDENTI CHE RIVESTONO LE SEGUENTI QUALIFICHE:

APPRENDISTA - DIRIGENTE -LAVORATORI A DOMICILIO - RELIGIOSI/E CHE VIVONO IN COMUNITA'( anche se prestano servizio alle dipendenze di terzi) - AUTISTI DIPENDENTI DA IMPRESE QUANDO SIANO ADDETTI AL SERVIZIO PERSONALE DEL TITOLARE O DEL SUO NUCLEO FAMILIARE.



**RICEVUTA DI DOMANDA DI INTEGRAZIONE SALARIALE ORDINARIA**  
(Legge 164/75 e successive integrazioni e modificazioni)

**SEDE INPS DI**

**LA DITTA**

HA PRESENTATO OGGI DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE AL PAGAMENTO DI INTEGRAZIONI SALARIALI PER IL PERIODO

DAL

AL

DATA

FIRMA DELL'IMPIEGATO ADDETTO

---