

D	DATI RELATIVI AI PERIODI DI LAVORO NEI DUE ANNI PRECEDENTI LA RISOLUZIONE O SOSPENSIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO										
PERIODI DI OCCUPAZIONE (indicare per ciascun mese dell'anno la retribuzione corrisposta ed il n. delle settimane retribuite)							PERIODI DI SOSPENSIONE (malattia, maternita', cig, infortunio, servizio militare ecc.)				
MESI	ANNO 199		ANNO 199		ANNO 199		DAL	AL	MOTIVO		
	RETRIBUZIONE	N.	RETRIBUZIONE	N.	RETRIBUZIONE	N.					
GENNAIO											
FEBBRAIO											
MARZO											
APRILE											
MAGGIO											
GIUGNO											
LUGLIO											
AGOSTO											
SETTEMBRE											
OTTOBRE											
NOVEMBRE											
DICEMBRE											
TOTALE											
							PERIODI DI APPRENDISTATO				
							DAL	AL	DAL	AL	

E	DATI PER DETERMINARE L' INDENNITA' ORDINARIA DI DISOCCUPAZIONE RELATIVI AI TRE MESI PRECEDENTI LA DATA DI CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO				
EMOLUMENTI AL LORDO DI QUALSIASI RITENUTA (compresi i ratei di mensilita' aggiuntive)		GIORNATE LAVORATE (compresi sabati, domeniche e festività infrasettimanali)		MOTIVO DELLE EVENTUALI ASSENZE EFFETTUATE NEL TRIMESTRE	N. GIORNI
IMPORTO		IMPORTO		MALATTIA	
COMPLESSIVO £.		GIORNALIERO £.		MATERNITA'	
				INFORTUNIO	
				SERVIZIO MILITARE O EQUIPARATO	
				SCIOPERO	
				PERMESSI NON RETRIBUITI	
				ALTRI MOTIVI	
				TOTALE GIORNATE DI ASSENZA	
CONFORMITA' DELLA RETRIBUZIONE AL CONTRATTO DI LAVORO					
SI NO					

F	DATI PER DETERMINARE IL TRATTAMENTO SPECIALE EDILIZIA RELATIVI ALLE ULTIME QUATTRO SETTIMANE EFFETTIVAMENTE LAVORATE (riservato aziende edili o affini)				
IMPORTO COMPLESSIVO EMOLUMENTI SPETTANTI (al lordo di qualsiasi ritenuta)				IN CASO DI RISOLUZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO SUCCESSIVO A PERIODO DI SOSPENSIONE CON DOMANDA DI INTEGRAZIONE SALARIALE RESPINTA INDICARE:	
DAL	AL	ORE	LIRE	-DATA DI TRASMISSIONE DELL'ELENCO DEI LAVORATORI PER I QUALI E'	
				STATA INOLTRATA DOMANDA DI INTEGRAZIONE SALARIALE	
				-MOTIVO DELLA REIEZIONE DELLA DOMANDA DI CIG:.....	
					
TOTALE				-DATA DI PRESENTAZIONE EVENTUALE RICORSO	

G	DATI PER LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITA' DI MOBILITA' (da compilare per i lavoratori iscritti nelle liste di mobilità')				
MOTIVO DELLA MESSA IN MOBILITA' DEL DIPENDENTE		IL LAVORATORE/LA LAVORATRICE E' INCLUS.. NELL'ELENCO NOMINATIVO INVIATO ALL'UFFICIO REGIONALE			
RIDUZIONE DI ATTIVITA' TRASFORMAZIONE DI ATTIVITA' CESSAZIONE DI ATTIVITA' CESSAZIONE DEL TRATTAMENTO STRAORDINARIO DI INTEGRAZIONE SALARIALE		DEL LAVORO DI.....IN DATA.....			
		IL LAVORATORE PUO' FAR VALERE PRESSO L'AZIENDA LAVORO EFFETTIVO PER MESI: 6 (legge 223/91, art.16, c.1)(*) 18 (legge 223/91, art.11, c.2) 24 (legge 451/94,art.3,c.3)			
		(*)vanno compresi periodi di ferie, infortuni, festività infrasettimanali e sospensione per gravidanza o puerperio.			
LA RETRIBUZIONE ORARIA SPETTANTE AL LAVORATORE NEL PERIODO IMMEDIATAMENTE PRECEDENTE LA RISOLUZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO (COMPRENSIVA DEI RATEI DI MENSILITA' AGGIUNTIVE) E' DI £.					
L'IMPORTO DELL'ANTICIPAZIONE SULLE MENSILITA' DOVUTE E' COMPRESO NEL VERSAMENTO COME SOTTOSPECIFICATO					
IMPORTO VERSAMENTO		N.LAVORATORI	DATA DEL VERSAMENTO	NUMERO C.C.P	SAP INPS DI

H	DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL TITOLARE/LEGALE RAPPRESENTANTE DELL'IMPRESA	
IL/LA SOTTOSCRITT...., CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE CIVILI E PENALI PREVISTE PER COLORO CHE RENDONO DICHIARAZIONI FALSE, DICHIARA CHE LE NOTIZIE FORNITE RISPONDONO A VERITA' E SONO CONFORMI ALLA DOCUMENTAZIONE AZIENDALE ED ALLE RISULTANZE DEI LIBRI PAGA E MATRICOLA.		
DATA.....		
TIMBRO E FIRMA.....		