INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

PROTOCOLLO

Mod. Prest. Agr. 21 TP
COD. SR25

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

ALL'UFFICIO 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*

* Dati facoltativi

Stato civile
Barrare la casella corrispondente

- ○ celibe/nubile
- ○ divorziato/a dal _ _ _ _ _ _ _ _ _
- ○ coniugato/a dal _ _ _ _ _ _ _ _ _
- ○ vedovo/a dal _ _ _ _ _ _ _ _ _
- ○ separato/a legalmente dal _ _ _ _ _ _ _ _ _
- ○ 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

Io sottoscritto delego il Patronato _ codice _ _ _ _ _ _ _ _ presso il quale eleggo domicilio (ai sensi dell'art. 47 del codice civile) a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente nei confronti dell'Inps per la trattazione della presente domanda di disoccupazione agricola e/o assegno nucleo familiare.

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 _

Data _ _ _ _ _ _ _ _ Firma _

Timbro dell'Associazione Sindacale e firma del Rappresentante _

INPS

Mod. Prest. Agr. 21 TP
COD. SR25

Disoccupazione agricola e/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)

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. | STATO

GRADO DI PARENTELA | ○ inabile

○ residente in italia (indicare il comune) _ _ _ _ _
○ residente all'estero (indicare lo Stato) _ _ _ _ _

4

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) _ _ _ _ _

5

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) _ _ _ _ _

6

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 - 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 ASSOGGETABILI 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 ASSOGGETABILI 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				

INPS

Mod. Prest. Agr. 21 TP
COD. SR25

Disoccupazione agricola e/o assegno per il nucleo familiare - 5/7

Dichiarazione di responsabilita' del richiedente (DPR n. 445 del 28/12/2000)

Dichiaro che:

- ○ non percepisco, nè 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

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A IL GG/MM/AAAA _____ A _____

CODICE FISCALE _____

- ○ 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 _

Modalita' di pagamento

- ○ bonifico domiciliato presso ufficio postale (il pagamento in contanti allo sportello è consentito solo per importi finoa 1.000 euro)
- ○ accredito sul conto corrente bancario o postale - Libretto postale - INPS card - Carte di pagamento dotate di IBAN (il richiedente deve essere intestatario del codice IBAN)

CODICE IBAN _____

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 Ciro il Grande, 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.

INPS

Mod. Prest. Agr. 21 TP
COD. SR25

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.

Modalita' di pagamento

- ○ bonifico domiciliato presso ufficio postale (il pagamento in contanti allo sportello è consentito solo per importi finoa 1.000 euro)
- ○ accredito sul conto corrente bancario o postale - Libretto postale - INPS card - Carte di pagamento dotate di IBAN (il richiedente deve essere intestatario del codice IBAN)

CODICE IBAN _____

Data _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Firma _

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