Domanda di Naspi

Ricevuta domanda

Utente:	**********
Tipologia utente	Patronato
Data invio:	19/12/2024
Codice domanda	03040545
Sede INPS destinataria	BERGAMO - BERGAMO (BG)
Richiedente	MSCLCU82T10L049V

Mandato di assistenza e rappresentanza

Delego il seguente Patronato:

Denominazione:	INCA
Ufficio:	10118
Indirizzo	VIA CERIOLI 25/B 24068 SERIATE BG
Email	seriate@inca.it
Telefono	0353594600
Numero pratica:	2024005275

presso il quale eleggo il domicilio (ai sensi dell'articolo 47 del codice civile) a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente nei confronti dell'INPS, per la trattazione della presente domanda.

Timbro del Patronato e firma dell'operatore

Luogo **Data** **Firma del Richiedente**

PROTOCOLLO

INPS.1200.19/12/2024.0739523

DATI ANAGRAFICI RICHIEDENTE

Cognome e Nome: MASCOLO LUCA

Data di Nascita: 10/12/1982 Comune di Nascita: TARANTO Stato di Nascita: Italia

Residenza

Indirizzo: VIA SARNICOPIANO 1 Civico: 26

CAP: 24060 Comune: MONTELLO

Cittadinanza ITALIA

Riepilogo dati inviati

DOMICILIO RICHIEDENTE

Indirizzo: VIA SARNICOPIANO 1 Civico: 26

CAP: 24060 Comune: MONTELLO

CONTATTI RICHIEDENTE

Cellulare: 3466****74

E-mail: LU********LO@GAMECAFFE.NET

PEC: lu********lo@pec.it

ULTIMO RAPPORTO DI LAVORO RICHIEDENTE

Data cessazione: 15/12/2024

Motivo cessazione: LICENZIAMENTO COLLETTIVO

Datore di lavoro

Ragione Sociale: GAMBA BRUNO spa

Codice Fiscale: 02991740172

Indirizzo: VIA GAMBIRASIO 12 Civico:

CAP: 24126 Comune: BERGAMO Provincia: BERGAMO

Stato: ITALIA

Categoria lavoratore: IMPIEGATO

Info aggiuntive in caso di dimissioni:

PAGAMENTO PRESTAZIONE

Modalità di pagamento: ACCREDITO SU CONTO CORRENTE [IBAN IT68S0301503200000003406109]

Attività lavorative svolte e posizioni ricoperte

Carica di socio di società di persone o di capitali	NO
Iscrizione Albo Professionale/ Cassa Professionale	NO
Titolare partita IVA e/o codice REA	NO
Iscrizione Gestione Separata	NO
Iscrizione Gestione Artigiani e Commercianti	NO
Attività subordinata	NO
Attività autonoma occasionale	NO

Altre informazioni utili

Periodi di lavoro all'estero NO

Indennità mancato preavviso NO

Licenziamento per superamento del periodo di comporto di malattia NO

Stato infortunio sul lavoro/malattia professionale NO

Stato malattia o ricovero al momento della presentazione domanda NO

Stato malattia o ricovero alla data di cessazione del rapporto di lavoro NO

Stato maternità NO

Titolare di assegno di invalidità NO

Titolare di Pensione NO

Dichiarazione di immediata disponibilità

Ai sensi dell'art. 21 del decreto legislativo n. 150 del 2015, questa domanda di indennità Naspi equivale a dichiarazione di immediata disponibilità.

Centro per l'impiego CPI TRESCORE BALNEARIO

I dati anagrafici, il domicilio, i contatti e le seguenti informazioni del richiedente saranno comunicati al Centro per l'impiego selezionato:

Data inizio disoccupazione 16/12/2024

Ultimo datore di lavoro GAMBA BRUNO spa 24126 BERGAMO BG VIA GAMBIRASIO 12

Ultima qualifica dichiarata IMPIEGATO

L'assicurato ha dichiarato di comunicare al suddetto Centro per l'Impiego eventuali variazioni dei dati anagrafici, del domicilio e dei recapiti telematici.

Delega sindacale

Dichiaro avvalendomi di quanto disposto dagli articoli 46 e 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 445 del 2000, e consapevole delle sanzioni penali di cui all'articolo 76 del citato Decreto del Presidente della Repubblica, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi, di essere iscritto al Sindacato o all'Associazione seguente:

Sigla Sindacale/Associazione C.G.I.L.

Confederazione CAMERA DEL LAVORO TERRITORIALE CGIL

Dichiaro di:

- delegare l'INPS, quale ente erogante la prestazione, ad effettuare, su tutti i pagamenti della prestazione medesima e salvo revoca, la trattenuta dei contributi associativi a favore del/della Sindacato/Associazione sopra indicato/a, nella misura prevista dalla convenzione con l'organizzazione sindacale.
- essere a conoscenza che posso comunicare direttamente all'INPS la volontà di revocare la delega per la riscossione della quota associativa e che l'Istituto provvederà nel più breve tempo possibile all'elaborazione dell'istanza di revoca.

Luogo **Data** **Firma del Richiedente**

Allegati

Non presenti

NOTE:

-

Dichiarazione di responsabilità

- **Mi impegno** a comunicare all'INPS qualsiasi variazione entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento.
- **Dichiaro** che le notizie da me fornite in questo modulo e i documenti ad esso allegati rispondono a verità; sono consapevole che l'INPS effettuerà controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive e che, in caso di dichiarazioni false, sono previste sanzioni penali e la decadenza dai benefici ottenuti (articoli 46, 47, 71, 75 e 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 445 del 2000).

Luogo	**Data**	**Firma del Richiedente**
		