



**INDENNITA' ORDINARIA DI DISOCCUPAZIONE CON REQUISITI RIDOTTI
DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'**

Il sottoscritt _____ n. il _____ consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- che nell'anno _____ ha prestato attività di lavoro dipendente **esclusivamente** nei periodi di seguito indicati:

mese	dal	al	mese intero	datore di lavoro	dimissioni	
Gennaio	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Febbraio	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Marzo	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Aprile	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Maggio	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Giugno	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Luglio	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Agosto	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Settembre	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ottobre	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Novembre	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dicembre	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

che nell'anno _____ ha avuto periodi di: **(rispondere SI o NO)**

	(SI/NO)	dal	al	dal	al
Malattia _____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
Infortunio _____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
Maternita' _____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
Lavoro parasubordinato _____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
Lavoro autonomo _____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
Servizio militare _____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
Indennità Ds / L.S.U. / L.P.U. _____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
E' stato socio di cooperativa _____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
E' stato titolare di impresa _____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
E' stato iscritto in albo libero-professionale _____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
Per il personale della scuola: Ha avuto nomina in ruolo(*) _____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____

(*) In caso affermativo allegare copia autenticata del decreto di nomina

DATA _____

FIRMA _____

N.B.: IN CASO DI MANCATA COMPILAZIONE, ANCHE PARZIALE, LA DOMANDA SARA' RESPINTA