



Intervento del Fondo di Garanzia

(art.2, L. 29 maggio 1982, n. 297)

- PER LA LIQUIDAZIONE DEL TRATTAMENTO DI FINE RAPPORTO
 PER LA LIQUIDAZIONE DEI CREDITI DI LAVORO DI CUI AL D. LGS. 80/92

All'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale di _____

PROTOCOLLO INPS

Io sottoscritto/a

Dati anagrafici	Cognome			
	Nome			
	Nato/a il	(gg/mm/aaaa)		
	A (Comune o Stato estero di nascita)			Prov. _____
	Codice fiscale			

residente in

Residenza	Comune/Stato		Prov. _____
	Via/Piazza		
	C.A.P.		Numero Telefonico _____ <small>con prefisso</small>

CHIEDO

<input type="checkbox"/>	Il pagamento della somma di € a titolo di TFR da erogare a carico del Fondo di garanzia		
<input type="checkbox"/>	Il pagamento della somma di € a titolo di crediti di lavoro, diversi dal trattamento di fine rapporto, maturati e non percepiti nel periodo dal _____ al _____ (ultimi 90 gg. del rapporto di lavoro rientranti nei dodici mesi che precedono la data della domanda di dichiarazione di insolvenza del datore di lavoro, la data di messa in liquidazione, di cessazione dell'esercizio provvisorio ovvero dell'autorizzazione alla continuazione dell'esercizio di impresa, la data di cessazione del rapporto di lavoro se questa è intervenuta durante la continuazione dell'esercizio di impresa)		
	a causa dell'insolvenza del datore di lavoro _____ M.INPS/C.F./P.I _____		
	con sede in (.....) Via/Piazza		
<input type="checkbox"/>	Sottoposto alla procedura concorsuale di seguito indicata:		
<input type="checkbox"/>	Fallimento	<input type="checkbox"/>	Amministrazione straordinaria
<input type="checkbox"/>	Concordato preventivo	<input type="checkbox"/>	Liquidazione Coatta Amministrativa
<input type="checkbox"/>	Non soggetto alle disposizioni del R.D. 16 marzo 1942, n. 267 (Legge Fallimentare) e nei confronti del quale ho esperito l'esecuzione individuale per la realizzazione del credito		

Dati relativi al rapporto di lavoro

Data assunzione		Data cessazione	
Qualifica	<input type="checkbox"/> operaio <input type="checkbox"/> impiegato	<input type="checkbox"/> dirigente <input type="checkbox"/> apprendista	<input type="checkbox"/> dirigente azienda industriale
Tipo di rapporto	<input type="checkbox"/> a tempo determinato	<input type="checkbox"/> a tempo indeterminato	

Dichiaro

(Da compilare per la liquidazione del TFR)	
<input type="checkbox"/>	Di non aver ricevuto anticipi sul TFR richiesto
<input type="checkbox"/>	Di aver percepito in data _____ la somma di € a titolo di anticipo/anticipazione sul TFR
(Da compilare per la liquidazione dei crediti di lavoro)	
Che nel periodo di 90 gg. sopra indicato	
<input type="checkbox"/>	Ho percepito a titolo di CIGS la somma di €
<input type="checkbox"/>	Ho percepito a titolo di retribuzione (relativa a tale periodo) la somma di €
<input type="checkbox"/>	Non ho percepito alcuna somma ai titoli di cui sopra

Dichiarazione	Dichiaro che tutte le informazioni fornite con questa domanda sono veritiere e mi impegno a comunicare all'INPS, entro trenta giorni, qualsiasi variazione.
	Sono consapevole che l'incompleta o la mancata segnalazione dei fatti o stati che incidono sul diritto e/o sulla misura della prestazione comporta il recupero delle somme indebitamente riscosse.
	Autorizzo l'INPS ad utilizzare i dati forniti esclusivamente per il procedimento amministrativo in corso (Legge 675/96)

Luogo e data

Firma del richiedente

,li



Elenco dei documenti da allegare alla domanda

<input type="checkbox"/>	DICHIARAZIONE DEL RESPONSABILE DELLA PROCEDURA O DEL DATORE DI LAVORO (mod.TFR3 bis per la liquidazione del TFR, mod. CL per la liquidazione dei crediti di lavoro)
<input type="checkbox"/>	ATTESTAZIONE DELLA CANCELLERIA DEL TRIBUNALE RELATIVA ALLA DATA DI PRESENTAZIONE DELLA PRIMA ISTANZA DI FALLIMENTO O RICORSO PER D.I. (o altra documentazione equivalente) – solo per la liquidazione dei crediti di lavoro
<input type="checkbox"/>	COPIA DEL PROVVEDIMENTO DI CESSAZIONE DELL'AUTORIZZAZIONE ALLA CONTINUAZIONE DELL'ESERCIZIO DI IMPRESA O DI MESSA IN LIQUIDAZIONE – solo per i crediti di lavoro
<input type="checkbox"/>	COPIA DELLE BUSTE PAGA RELATIVE AGLI ULTIMI 90 GIORNI DI RAPPORTO DI LAVORO – solo per la liquidazione dei crediti di lavoro
<input type="checkbox"/>	COPIA DELL'ISTANZA DI AMMISSIONE AL PASSIVO O DEL RICORSO PER DECRETO INGIUNTIVO - eventuale
<input type="checkbox"/>	SCELTA DEL PATRONATO- eventuale
<input type="checkbox"/>	

Inoltre allegare:

in caso di datore di lavoro sottoposto a fallimento, amministrazione straordinaria, liquidazione coatta amministrativa

<input type="checkbox"/>	COPIA AUTENTICA DELLO STATO PASSIVO CON ATTESTAZIONE DEL CANCELLIERE CHE LO STESSO È DIVENUTO ESECUTIVO E INDICAZIONE DELLA RELATIVA DATA
<input type="checkbox"/>	COPIA AUTENTICA DELLA DICHIARAZIONE RILASCIATA DALLA CANCELLERIA DEL TRIBUNALE CHE NON VI SONO STATE IMPUGNAZIONI O OPPOSIZIONI, IN CASO CONTRARIO COPIA AUTENTICA DELLA SENTENZA CHE HA DECISO SU EVENTUALI OPPOSIZIONI O IMPUGNAZIONI
<input type="checkbox"/>	IN CASO DI INSINUAZIONE TARDIVA AI SENSI DELL'ART.101 DELLA L.F. COPIA AUTENTICA DEL DECRETO DI AMMISSIONE AL PASSIVO ED EVENTUALE DOCUMENTAZIONE ATTESTANTE L'INTERRUZIONE DELLA PRESCRIZIONE.
<input type="checkbox"/>	

in caso di datore di lavoro sottoposto a concordato preventivo

<input type="checkbox"/>	COPIA AUTENTICA DELLA SENTENZA DI OMOLOGAZIONE DI CUI ALL 'ART. 181 DELLA L.F:
<input type="checkbox"/>	COPIA CUD RILASCIATA ALL'ATTO DELLA RISOLUZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO
<input type="checkbox"/>	

in caso di esecuzione individuale

<input type="checkbox"/>	COPIA AUTENTICA DEL TITOLO ESECUTIVO IN BASE AL QUALE È STATA ESPERITA L'ESPROPRIAZIONE FORZATA
<input type="checkbox"/>	COPIA AUTENTICATA DEL VERBALE DI PIGNORAMENTO NEGATIVO RELATIVO AD ACCERTAMENTI EFFETTUATI ALMENO NELLA PROVINCIA DI RESIDENZA E DI NASCITA DEL DATORE DI LAVORO, IN CASO DI PIGNORAMENTO POSITIVO COPIA AUTENTICATA DEL PROVVEDIMENTO DI ASSEGNAZIONE ALL'INTERESSATO DEL RICAVATO DELL'ESECUZIONE
<input type="checkbox"/>	COPIA DELLA CERTIFICAZIONE RILASCIATA DALLA CONSERVATORIA DEI REGISTRI IMMOBILIARI DEL LUOGO DI NASCITA, DI RESIDENZA E DI ATTIVITÀ DEL DATORE DI LAVORO ATTESTANTE CHE LO STESSO NON È TITOLARE DI BENI IMMOBILI O CHE GLI STESSI SONO GRAVATI DA IPOTECA.
<input type="checkbox"/>	ALTRA DOCUMENTAZIONE UTILE A DIMOSTARE L'INSUFFICIENZA DEL PATRIMONIO DEL DATORE DI LAVORO:

Dichiarazione del responsabile della procedura concorsuale

(o del datore di lavoro nel caso in cui quest'ultimo non sia soggetto alle disposizioni del R.D. 16 marzo 1942, n.267)

Io sottoscritto/a

Cognome e Nome			
In qualità di responsabile della procedura concorsuale della ditta		(M.INPS)	
Aperta in data (gg/mm/aaaa)		dal Tribunale di	
Il cui stato passivo è divenuto esecutivo in data (gg/mm/aaaa)			

Domiciliato per tale carica al seguente indirizzo

Comune		Prov.	
Via/Piazza			
C.A.P.		Numero Telefonico con prefisso	

Dichiara che

Il signor

Cognome			
Nome			
Nato/a il (gg/mm/aaaa)			
A (Comune o Stato estero di nascita)		Prov.	
Assunto in data (gg/mm/aaaa)		Dimesso/licenziato in data (gg/mm/aaaa)	
Il cui rapporto di lavoro è cessato subito dopo aver fruito di CIGS ai sensi dell'art. 3, L.223/91		SI	NO
E' iscritto al n.		dello stato passivo, per l'importo complessivo di €	dovuto a titolo di TFR

Dati relativi al TFR maturato fino al 31.12.2000

• Anzianità convenzionale precedente il 31.12.2000	Anni		Mesi	
• Anzianità per servizio prestato per l'orario ordinario come da C.C.N.L.	Anni		Mesi	
• Anzianità per servizio prestato part-time (orario sett. effettivo ore.....min.....)(1)	Anni		Mesi	
• Anzianità per servizio prestato part-time (orario sett. effettivo ore.....min.....)(1)	Anni		Mesi	
(Orario settimanale completo come da C.C.N.L. ore.....min.....)				
• TFR LORDO maturato fino al 31.12.2000	€			
di cui • TFR lordo già corrisposto(2)	€			
• Trattenute IRPEF operate su TFR già corrisposto	€			
• TFR destinato alla previdenza integrativa ex D.Lgs 124/1993	€			
• L'azienda vanta crediti di imposta ai sensi dell'art.3, L. 662/96 così come modificato dall'art.2 della L. 140/1997?		SI	NO	

Dati relativi al TFR maturato dal 1.1.2001

• Anzianità convenzionale dal 1.1.2001	Anni		Mesi	
• Anzianità per servizio prestato per l'orario ordinario come da C.C.N.L.	Anni		Mesi	
• Anzianità per servizio prestato part-time (orario sett. effettivo ore.....min.....)(1)	Anni		Mesi	
• Anzianità per servizio prestato part-time (orario sett. effettivo ore.....min.....)(1)	Anni		Mesi	
(Orario settimanale completo come da C.C.N.L. ore.....min.....)				
• Periodi di infortunio, malattia, gravidanza e puerperio verificatisi dal 1.1.2001(3)	Anni		Mesi	
• TFR lordo maturato dal 1.1.2001 (comprensivo delle rivalutazioni al netto dell'imposta sostitutiva)	€			
Di cui • A titolo di rivalutazione	€			
• TFR già corrisposto(2)	€			
• Trattenute IRPEF operate sul TFR già corrisposto	€			
• TFR destinato alla previdenza integrativa ex D.Lgs 124/1993	€			

Luogo e data

Timbro e firma

ANNOTAZIONI

- (1)** Indipendentemente dal tipo di part time (orizzontale o verticale) l'orario annuale effettivo dovrà essere rapportato a quello settimanale.
- (2)** Sommare TFR attribuito in sede di riparto, eventuale quota di TFR pagata dal datore di lavoro sia a titolo di anticipo sia a titolo di anticipazione, TFR maturato nel periodo di CIGS precedente la cessazione, TFR maturato durante la continuazione dell'esercizio di impresa e pertanto a carico della curatela.
- (3)** Periodi di sospensione che non rilevano ai fini del riconoscimento della detrazione di imposta sia in caso di rapporto di lavoro a tempo determinato della durata effettiva non superiore a due anni sia in caso di rapporto di lavoro a tempo indeterminato cessato entro il 31.12.2005. I periodi di sospensione devono essere arrotondati a mese per difetto.



Dichiarazione del responsabile della procedura concorsuale

(o del datore di lavoro nel caso in cui quest'ultimo non sia soggetto alle disposizioni del R.D. 16 marzo 1942, n.267)

Io sottoscritto/a

Cognome	
Nome	
<i>In qualità di responsabile della procedura concorsuale della ditta</i>	(M. INPS)

(Nel caso in cui alla domanda sia allegato anche il modello TFR 3bis indicare solo nome/cognome del lavoratore)

Aperta in data dal Tribunale di, il cui stato passivo è divenuto esecutivo in data

Domiciliato per tale carica al seguente indirizzo:

Via/P.zza Comune.....
Prov. (.....) Cap (.....) recapito telefonico (con prefisso)

Dichiara

Che il sig. nato a
Prov. il

1. Ha cessato il rapporto di lavoro in data
2. E' iscritto al n.....dello stato passivo, per l'importo di €..... dovuto a titolo di crediti di lavoro diversi dal trattamento di fine rapporto;
3. Che nel periodo dal _____ al _____ corrispondente agli ultimi 90 giorni di rapporto di lavoro (ovvero al minor periodo di tempo) rientranti nei dodici mesi che precedono:
 - La data della domanda di dichiarazione di insolvenza del datore di lavoro _____;
 - La data di messa in liquidazione o di cessazione dell'esercizio provvisorio ovvero dell'autorizzazione alla continuazione dell'esercizio di impresa (per i lavoratori che hanno continuato a prestare la loro attività successivamente alla dichiarazione di insolvenza) _____;
 - La data di cessazione del rapporto di lavoro se questa è intervenuta durante la continuazione dell'esercizio di impresa;al lavoratore è dovuta una retribuzione lorda (inclusi ratei di tredicesima e di altre eventuali mensilità aggiuntive ed esclusi gli importi relativi a ferie non godute, indennità di mancato preavviso ed altre indennità non aventi carattere di retribuzione propriamente detta) di €.....;
4. di non aver corrisposto al lavoratore alcuna somma a titolo di retribuzione per il periodo sopra indicato;
5. di aver corrisposto al lavoratore la somma di €..... a titolo di retribuzione relativa al periodo sopra indicato;
6. che dalla documentazione in suo possesso risulta che al lavoratore è stata corrisposta la somma di €..... a titolo di retribuzione relativa al periodo sopra indicato.

Luogo e data

Timbro e Firma

_____,li