

N° autorizzazione
del

FSR

CASSA INTEGRAZIONE ASSISTENZA
Via Garibaldi, 70- Siena tel.0577530061-fax 0577530073
ciasiena@tin.it - <http://www.cia.si.it/>

MOD. 20/4

DITTA

COD. CIA

BANCA
FILIALE
N° C/C

IBAN

ABI

CAB

INDIRIZZO

RICHIESTA RIMBORSO DELLE INTEGRAZIONI SALARIALI EROGATE AI DIPENDENTI PER SOSPENSIONE DI ATTIVITÀ

N°	CODICE	COGNOME E NOME	Data Assunzione	% CONTR. INPS a carico del datore di lavoro (a)	Qualifica e tipo assunzione (b)	Periodo di Sospensione		N° giorni di Sospensione	N°ore integrate	SALARIO ORARIO	SALARIO NON RETRIBUITO	SALARIO INTEGRATO 80%
						dal	al					
TOTALE												

(a) = Indicare la quota di contributi INPS a carico del datore di lavoro per tipo di assunzione.

(b) = 01 operaio - 02 impiegato - 04 apprendista impiegato - 05 apprendista operaio - 06 lavoratori a domicilio (esempio 01 - L.56)

Documenti da allegare:

- 1) copia delle buste paga con l'erogazione;
- 2) copia Mod. DM 10/2;
- 3) copia Mod. F24 quietanzato
- 4) Presenze mensili successive alla sospensione, per verificare la ripresa lavorativa che deve essere di almeno 30 gg. consecutivi.

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (art. 13 Reg. UE 2016/679)

I dati raccolti ed in possesso alla CIA-FSR e da Lei forniti ai sensi dell'Art.13 Reg. UE 2016/679, formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa richiamata e dell'informativa già in Suo Possesso. Il conferimento di dati è dovuto ad obblighi contrattuali: la loro mancata fornitura potrebbe comportare l'impossibilità ad erogare le prestazioni a carico della CIA-FSR.

DATA

TIMBRO E FIRMA DELL'AZIENDA _____