

ALLEGATO 1

Dati Relativi al Provvedimento di autorizzazione da trasmettere in via telematica dalla Regione all'Inps

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long tail, located in the bottom left corner of the page.A handwritten signature in black ink, consisting of a vertical line with a hook at the top and a small flourish at the bottom, located in the bottom right corner of the page.

## Ipotesi di flusso dati provenienti dalla regione per decreti regionali CIGS in deroga

I dati richiesti alle regioni relativi ai decreti regionali in materia di CIGS in deroga sono di seguito riportati:

### Sezione **Provvedimento Legislativo di riferimento**

La sezione riporta il decreto di riferimento che ha disposto lo stanziamento iniziale (es. 45080/2009)

ANNO	
NUMERO	

### Sezione **Provvedimento regionale**

REGIONE	
TIPO PROVVEDIMENTO REG	
DATA PROV REG	Data della determina
ANNO REG	Anno determina
NUMERO DETERMINA REG	Numero della determina
DESCRIZIONE REG	
STIMA IMPEGNO MAX REG	
VALIDO DAL	Inizio periodo di efficacia della determina
VALIDO AL	Fine periodo di efficacia

Ad ogni provvedimento CIGS sono "collegate" una o più aziende beneficiarie

### Sezione **Aziende**

MATRICOLA	Matricola INPS dell'azienda
CODFISC	Codice fiscale / P. IVA
DENOMINAZIONE	Ragione sociale
FORMA GIUR	Forma giuridica
UNITA_PROD_INDIRIZZO	Indirizzo stabilimento (reparto o settore autonomo) interessato alla CIGS
UNITA_PROD_LOCALITA	
UNITA_PROD_PROVINCIA	
UNITA_PROD_CAP	
STIMA IMPEGNO MAX	
NUMERO_LAVORATORI_BENEFICIARI	Totale complessivo beneficiari CIGS
NUMERO_ORE_DA_EROGARE	Totale complessivo ore da erogare
PROTOCOLLO_DOMANDA_INPS	Protocollo IG15/STR/ANT presentato dall'azienda all'INPS (da rilevare su sito internet dell'INPS)
%FONDI_REG	% A carico dei fondi regionali
INDICATORE_REIEZIONE	Indicatore di reiezione: da impostare a R in caso di reiezione istanza dell'azienda
MESSAGGIO_REIEZIONE	Messaggio a corredo della reiezione

Per ogni Azienda e stabilimento in elenco occorre elencare ove possibile i beneficiari della prestazione

Sezione **Beneficiari**

CODFISC	Codice fiscale lavoratore
NOME	
COGNOME	
NASCITA	
INDIRIZZO	Residenza del lavoratore
LOCALITA	
PROVINCIA	
CAP	



**TRACCIATO DATI CIG AZIENDE PER LE REGIONI CHE INVIANO ANCHE LA DOMANDA DELLE AZIENDE**

<b>NOME</b>	<b>FORMATO</b>	<b>DESCRIZIONE</b>	<b>OBBLIGATORIETA'</b>
TIPO_PAGAMENTO	nvarchar(1)	da corrispondere direttamente all'inps o all'azienda	SI (Diretto/Conguaglio)
CODICE_SEDE	nvarchar(2)	Codice della sede alla quale viene inviata la domanda	SI
DESCRIZIONE_SEDE	nvarchar(50)	Descrizione della sede alla quale viene inviata la domanda	SI
CODICE_ZONA	nvarchar(2)	Codice della zona della sede alla quale viene inviata la domanda	SI
RICHIESTA_PROROGA	nvarchar(1)	richiesta o proroga	SI (concessione/proroga)
DENOMINAZIONE_AZIENDA	nvarchar(50)	Denominazione dell'azienda	SI
CODICE_FISCALE	nvarchar(16)	Codice fiscale dell'azienda	SI
MATRICOLA_AZIENDA	nvarchar(10)	Matricola Azienda	SI
UBICAZIONE	nvarchar(50)	ubicazione dello stabilimento	SI
Denominazione Stabilimento/cantiere			SI
CAP	nvarchar(5)	CAP del comune dello stabilimento	SI
COMUNE	nvarchar(50)	comune dello stabilimento	SI
PROVINCIA	nvarchar(2)	provincia dello stabilimento	SI
DATA_DECRETO	smalldatetime	data decreto	SI
NUM_DECRETO	nvarchar(16)	numero decreto	SI
TIPO_INTERVENTO	int	Indicatore (da mappa) dell'articolo o della legge (valori ammessi: 1-15)	SI
SOTTOTIPO_INTERVENTO		Sotto-indicatore (da mappa) della legge (valori ammessi: 35,37)	SI
DESCRIZIONE_INTERVENTO	nvarchar(255)	Descrizione da mappa dell'articolo o della legge	SI (solo se intervento=15)
ROTAZIONE	nvarchar(1)	Rispetto rotazione dipendenti (valori ammessi: "S"/"N")	SI
DATA_ACQUISIZIONE	smalldatetime	Data di acquisizione (creazione) della domanda su VB	SI
DATA_TRATTAMENTO		Data di decorrenza del trattamento salariale	SI
DATA_DAL01		data inizio periodo 1 riga	SI
DATA_AL01		data fine periodo 1 riga	SI
NUM_SETTIMANE01	int	settimane intere di calendario 1 riga	SI
HH_OPE01	smallint	orario contrattuale operai - ore - 1 riga	SI
MM_OPE01		orario contrattuale operai - minuti - 1 riga	SI
HH_IMP01		orario contrattuale impiegati - ore - 1 riga	SI
MM_IMP01		orario contrattuale impiegati - minuti - 1 riga	SI
NUM_OPE_SOSP01	int	per sospensione - numero operai 1 riga	SI

ORE_OPE_SOSP01		per sospensione - ore intere operai 1 riga	SI
NUM_IMP_SOSP01		per sospensione - numero impiegati 1 riga	SI
ORE_IMP_SOSP01		per sospensione - ore intere impiegati 1 riga	SI
NUM_OPE_RID01		per riduzione - numero operai 1 riga	SI
ORE_OPE_RID01		per riduzione - ore intere operai 1 riga	SI
NUM_IMP_RID01		per riduzione - numero impiegati 1 riga	SI
ORE_IMP_RID01		per riduzione - ore intere impiegati 1 riga	SI
DATA_DAL02	smalldatetime	Significato data inizio periodo 2 riga	SI
DATA_AL02		Significato data fine periodo 2 riga	SI
NUM_SETTIMANE02	int	Significato settimane intere di calendario 2 riga	SI
HH_OPE02	smallint	orario contrattuale operai - ore - 2 riga	SI
MM_OPE02		orario contrattuale operai - minuti - 2 riga	SI
HH_IMP02		orario contrattuale impiegati - ore - 2 riga	SI
MM_IMP02		orario contrattuale impiegati - minuti - 2 riga	SI
NUM_OPE_SOSP02	int	per sospensione - numero operai 2 riga	SI
ORE_OPE_SOSP02		per sospensione - ore intere operai 2 riga	SI
NUM_IMP_SOSP02		per sospensione - numero impiegati 2 riga	SI
ORE_IMP_SOSP02		per sospensione - ore intere impiegati 2 riga	SI
NUM_OPE_RID02		per riduzione - numero operai 2 riga	SI
ORE_OPE_RID02		per riduzione - ore intere operai 2 riga	SI
NUM_IMP_RID02		per riduzione - numero impiegati 2 riga	SI
ORE_IMP_RID02		per riduzione - ore intere impiegati 2 riga	SI

ALLEGATO 2

MODULISTICA INPS SR41 CON  
DICHIARAZIONE DI IMMEDIATA DISPONIBILITA'

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Mey'.A small handwritten mark or signature at the bottom right corner of the page.

**Integrazione salariale ordinaria/straordinaria e in deroga (CIG o CIGS)  
Prospetto per il pagamento diretto - 1/4**

**A Dati anagrafici del/della dipendente**

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_  
 CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ NATO IL GG/MM/AAAA \_\_\_\_\_  
 A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ STATO \_\_\_\_\_  
 CITTADINANZA \_\_\_\_\_ SESSO M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_  
 INDIRIZZO \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 COMUNE DI RESIDENZA \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_  
 TELEFONO \* \_\_\_\_\_ CELLULARE \* \_\_\_\_\_  
 codice STATO CIVILE 1 - Nubile/Celibe 2 - Coniugata/o 3 - Vedova/o 4 - Separata/o 5 - Divorziata/o  
 codice TITOLO DI STUDIO 1 - Nessuno 2 - Licenza elementare 3 - Licenza media 4 - Diploma 5 - Laurea

**B Dati relativi al rapporto di lavoro**

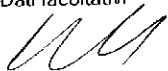
DECRETO DI CONCESSIONE N° \_\_\_\_\_ MATRICOLA AZIENDA \_\_\_\_\_  
 DATA DI ASSUNZIONE \_\_\_\_\_ DATA DI FINE RAPPORTO \_\_\_\_\_  
 codice QUALIFICA \_\_\_\_\_  
 1 - Operaio 2 - Impiegato 7 - Equiparato o intermedio considerato impiegato ai fini della contribuzione per le prestazioni economiche di malattia  
 8 - Viaggiatore o piazzista W - Apprendista qualificato Operaio (Art. 21, commi 6, 22 Legge 28.02.1987 n. 56) R - Apprendista qualificato Impiegato (Art. 21, commi 6, 22 Legge 28.02.1987 n. 56) Q - Lavoratore con qualifica di Quadro Y - Impiegati a part time O - Operai a part time

ORARIO SETTIMANALE CONTRATTUALE dal \_\_\_\_\_ giorni \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_  
 le frazioni di ora devono essere espresse in centesimi dal \_\_\_\_\_ giorni \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_  
 (es. 1 ora e 30 minuti = 1 e 50)

**Articolazione settimanale dell'orario non uniformemente distribuito**

Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
						0,00

LAVORI SOCIALMENTE UTILI EFFETTUATI (LSU)  SI  NO  
 PERIODI NEL QUALE SONO STATI EFFETTUATI I LSU dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_






## Integrazione salariale ordinaria/straordinaria e in deroga (CIG o CIGS) Prospetto per il pagamento diretto - 2/4

### C Dati per il pagamento delle mensilità correnti

1		2		3						TOT ORE DI CIG
PERIODO	TIPO	1°	2°	3°	4°	5°	6°			
ANNO	MESE	C ORE	C ORE	C ORE	C ORE	C ORE	C ORE	C ORE		
4		5		6		7		8		9
RETRIBUZIONE ORARIA		TRATTENUTE DI PENSIONE		APPLICAZIONE DELLA DETRAZIONE (Art.11 bis)		RETRIBUZIONE MENSILE		ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE		% DI RIDUZIONE DEL TRATTAMENTO
per calcolo CIG	pagata da azienda			N° 99		importo		N° componenti	importo ANF	
				<input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no						

sezione 1 - mese e anno di riferimento della mensilità nella forma "aaaa/mm"

sezione 2 - **0** se l'integrazione e' a zero ore, **3** se si tratta di conguagli su CIG già corrisposta, **4** se si tratta di conguaglio di ANF, **6** se si tratta di conguaglio per il massimale superiore

sezione 3 - per ciascuna settimana del mese (max 6), nelle rispettive colonne:

colonna C = **S** se la settimana deve essere accreditata figurativamente anche come numero non essendo stata erogata dall'azienda qualsiasi forma di retribuzione

**N** se la settimana non è accreditabile figurativamente come numero in quanto vi sono emolumenti erogati dalla Azienda ed assogettabili a contribuzione - tale settimana va calcolata come retribuita sul modello annuale.

Per ogni settimana compresa tra due mesi (il lunedì in un mese, il sabato nel mese successivo) indicare sempre:

**N** per la frazione di settimana che non comprende il sabato

Per la frazione di settimana che comprende il sabato indicare:

**N** se per almeno un giorno dell'intera settimana l'azienda ha corrisposto qualsiasi forma di retribuzione

**S** se non vi è stato emolumento anche per un solo giorno dell'intera settimana

colonna Ore = il numero delle ore di CIG - le frazioni di ora devono essere espresse in centesimi  
(es.1 ora e 30 minuti = 1,50)

sezione 4 - nella colonna: calcolo CIG = la retribuzione oraria al 100% (o la differenza oraria di retribuzione se trattasi di conguagli).

nella colonna: pagata da azienda = la retribuzione oraria corrisposta dall'azienda per le stesse ore di CIG ed assogettata a contribuzione obbligatoria

sezione 5 - l'importo della trattenuta effettuata sulla pensione, da effettuare sulla prestazione CIG, per il mese di riferimento

sezione 6 - indicare se l'assicurato chiede l'applicazione della DETRAZIONE per assicurare la progressività dell'imposizione fiscale (art. 10bis del TUIR) ed il numero di giorni per i quali si chiede la DETRAZIONE.

sezione 7 - indicare la retribuzione mensile, comprensiva dei ratei di mensilità aggiuntive.

sezione 8 - indicare il numero dei componenti e l'importo degli assegni per il nucleo familiare.

sezione 9 - indicare il valore della eventuale percentuale di riduzione della misura del trattamento (00, 10, 20, 30, 40, ecc.)



## Integrazione salariale ordinaria/straordinaria e in deroga (CIG o CIGS) Prospetto per il pagamento diretto - 3/4

### D Dati per il pagamento delle mensilità aggiuntive

1 MENSILITA' AGGIUNTIVE		2 PERIODO		3 ORE INTEGRATE NEL PERIODO	4 RATEO ORARIO		5 IMPORTO TRATTENUTE PENSIONE
anno	13 <sup>a</sup> o 14 <sup>a</sup>	dal gg/mm	al gg/mm		per calcolo CIG	pagate da azienda	

- sezione 1 - anno e mese di riferimento della mensilità nella forma "aaaa/mm" (dove per "mm" deve essere indicata la mensilità aggiuntiva, 13<sup>a</sup> o 14<sup>a</sup>)
- sezione 2 - il periodo per ciascuna mensilità aggiuntiva nella forma "gg/mm" (se il periodo è a cavallo di due anni effettuare una registrazione per ogni anno)
- sezione 3 - le ore integrate nel periodo di riferimento nella forma "nnnn,cc" - le frazioni di ora devono essere espresse in centesimi (es. 1 ora e 30 minuti = 1 e 50)
- sezione 4 - nelle rispettive colonne:  
per calcolo CIG = il rateo orario della mensilità aggiuntiva al 100 %  
pagate da azienda = il rateo orario erogato dall'Azienda per le stesse ore di CIG ed assoggettato a contribuzione
- sezione 5 - l'ammontare della trattenuta di pensione correlata alla mensilità aggiuntiva

### E Dati per il pagamento quote TFR

1 PERIODO (gg/mm/aaaa)	2 IMPORTO LORDO	3 IMPORTO IRPEF
dal al		

- sezione 1 - il periodo ininterrotto di sospensione immediatamente precedente la risoluzione del rapporto di lavoro nella forma "gg/mm/aaaa"
- sezione 2 - l'importo lordo del trattamento di fine rapporto (TFR) maturato nel predetto periodo
- sezione 3 - l'importo della ritenuta Irpef da operare sulla quota di TFR a carico dell'Inps

### F Modalità di pagamento

- bonifico presso ufficio postale di \_\_\_\_\_
- accreditato sul mio conto corrente bancario o postale

CODICE IBAN



## Integrazione salariale ordinaria/straordinaria e in deroga (CIG o CIGS) Prospetto per il pagamento diretto - 4/4

### G Dichiarazione di immediata disponibilità ai sensi del comma 10, art. 19 della legge n. 2/2009

#### Il sottoscritto dichiara

- di essere immediatamente disponibile ad aderire ad un percorso di riqualificazione professionale
- ad aderire ad una proposta di lavoro congruo (questa opzione è da barrare solo da coloro che sono in cassa integrazione guadagni per cessazione dell'attività o per procedure concorsuali con cessazione dell'esercizio dell'impresa per i quali non sia previsto il rientro in azienda)

Il sottoscritto è a conoscenza che nel caso di rifiuto di una proposta di riqualificazione professionale o di lavoro congruo, si perde il diritto a qualsiasi erogazione di carattere retributivo e previdenziale anche a carico del datore di lavoro, fatti salvi i diritti già maturati.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### H Dichiarazioni di responsabilità del/della dipendente

Dichiaro che per i periodi indicati nel punto "C", non ho prestato attività lavorativa retribuita, non ho percepito indennità di mancato preavviso e non ho percepito né chiesto altri trattamenti previdenziali (disoccupazione, malattia, maternità ecc.) comunque incompatibili e cumulabili con l'integrazione salariale.

Mi impegno inoltre a comunicare all'Inps qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento.

Sono consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni incluse nella domanda e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere dai benefici ottenuti.

Dichiaro che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

RISERVATO ALL'IMPRESA

\_\_\_\_\_

timbro aziendale

\_\_\_\_\_

firma titolare/legale rappresentante

RISERVATO ALL'INPS

\_\_\_\_\_

data di presentazione

### 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. Il loro elenco completo ed aggiornato è disponibile sul sito [www.inps.it](http://www.inps.it).

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.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ALLEGATI 3, 4

**“Esempi di Monitoraggio e  
Rendicontazione della spesa”**

A handwritten signature in black ink, consisting of several stylized, overlapping loops and lines.A small, handwritten mark or signature in black ink, consisting of a vertical line with a small hook at the top.



**MONITORAGGIO PER IL MINISTERO DEL LAVORO**  
(aggiornato al gg/mm/aaaa)

Anno: XXXX

Fondo Nazionale per l'occupazione - IMPORTO TOTALE STANZIATO: € xx.xxx.xxx,xx

Visualizza Decreti Autorizzativi

Attenzione è stato raggiunto l'80 % del consumo dei fondi stanziati

Regione	Stanziato TOTALE	Autorizzato TOTALE	Stato avanzamento consumo (Autorizzato / Stanziato)	Speso TOTALE
Regione 1	xxx.xxx,xx	xxx.xxx,xx	10%	xxx.xxx,xx
Regione 2	xxx.xxx,xx	xxx.xxx,xx	80%	xxx.xxx,xx
Regione 3	xxx.xxx,xx	xxx.xxx,xx	80%	xxx.xxx,xx
Regione 4	xxx.xxx,xx	xxx.xxx,xx	10%	xxx.xxx,xx
Regione 5	xxx.xxx,xx	xxx.xxx,xx	10%	xxx.xxx,xx
Regione 6	xxx.xxx,xx	xxx.xxx,xx	80%	xxx.xxx,xx
Regione 7	xxx.xxx,xx	xxx.xxx,xx	10%	xxx.xxx,xx
...	xxx.xxx,xx	xxx.xxx,xx	50%	xxx.xxx,xx
Regione 20	xxx.xxx,xx	xxx.xxx,xx	60%	xxx.xxx,xx
<b>TOTALE</b>	xxx.xxx,xx	xxx.xxx,xx	80%	xxx.xxx,xx

Figura 1 - Esempio di monitoraggio della spesa per il Ministero del Lavoro. Il valore riportato per ciascuna regione è puramente indicativo.



**RENDICONTAZIONE PER IL MINISTERO - Dettaglio Decreti Ministeriali**  
(aggiornato al gg/mm/aaaa)

Anno: xxxx

Decreto	Data Decreto	Stanziato	Autorizzato	Residuo
Decreto 1	gg/mm/aaaa	xxx.xxx,xx	xxx.xxx,xx	xxx.xxx,xx
Decreto 2	gg/mm/aaaa	xxx.xxx,xx	xxx.xxx,xx	xxx.xxx,xx
Decreto 3	gg/mm/aaaa	xxx.xxx,xx	xxx.xxx,xx	xxx.xxx,xx
Decreto 4	gg/mm/aaaa	xxx.xxx,xx	xxx.xxx,xx	xxx.xxx,xx
Decreto 5	gg/mm/aaaa	xxx.xxx,xx	xxx.xxx,xx	xxx.xxx,xx
Decreto 6	gg/mm/aaaa	xxx.xxx,xx	xxx.xxx,xx	xxx.xxx,xx
Decreto 7	gg/mm/aaaa	xxx.xxx,xx	xxx.xxx,xx	xxx.xxx,xx
....				
Decreto N	gg/mm/aaaa	xxx.xxx,xx	xxx.xxx,xx	xxx.xxx,xx
<b>TOTALE</b>		<b>xxx.xxx,xx</b>	<b>xxx.xxx,xx</b>	<b>xxx.xxx,xx</b>

Figura 2 - Esempio di rendicontazione per il Ministero del Lavoro per decreto ministeriale.



**MONITORAGGIO PER LA REGIONE 1**  
(aggiornato al gg/mm/aaaa)

Anno: XXXX

Risorse nazionali - IMPORTO TOTALE STANZIATO: € xx.xxx.xxx,xx

Risorse regionali - IMPORTO TOTALE STANZIATO: € xx.xxx.xxx,xx

[Visualizza Decreti Autorizzativi](#)

[Visualizza Decreti Autorizzativi](#)

Attenzione è stato raggiunto l'80 % del consumo dei fondi stanziati per la Regione1

Totale Stanziato		Totale Autorizzato		% avanzamento consumo (autorizzato / stanziato)		Totale speso	
risorse nazionali	risorse regionali	risorse nazionali	risorse regionali	risorse nazionali	risorse regionali	risorse nazionali	risorse regionali
xxx.xxx,xx	xxx.xxx,xx	xxx.xxx,xx	xxx.xxx,xx	80%	60%	xxx.xxx,xx	xxx.xxx,xx

[Visualizza Dettagli](#)

Figura 3 - Esempio di monitoraggio della spesa per una data regione. Il valore riportato per ciascuna regione è puramente indicativo.

ALLEGATO 5

ELENCO INFORMAZIONI RELATIVE ALLE COMUNICAZIONI DI:

RIFIUTI, AVVIO ATTIVITA' FORMATIVE E REINSERIMENTI (Art. 7  
punto 3)

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized, cursive letters that appear to be 'W' and 'G'.A small, handwritten signature in black ink, consisting of a single, stylized letter that appears to be 'h'.

Per singolo lavoratore:

Codice fiscale

Cognome

Nome

Data di nascita

Luogo di nascita

Data evento

Tipo evento

Motivo (da impostare per tipo evento uguale ad R)

Durata (in giorni; da impostare per tipo evento uguale ad A)

NOTA:

Tipo evento:

R = rifiuto alla partecipazione ad attività formative o di reinserimento

A = avvio attività formative o di reinserimento

F = fine attività formative o di reinserimento

