



Spazio per marca  
da bollo da EUR 16,00<sup>(1)</sup>

Indicare di seguito il numero e la data della marca  
da bollo, che sarà mantenuta agli atti dall'istante.

Numero (14 cifre) : \_\_\_\_\_  
Data (gg/mm/aaaa) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Spett.le **MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI**

Direzione Generale degli Ammortizzatori Sociali e della Formazione – Div. III  
Via Flavia 6, 00187 – ROMA

## **DOMANDA DI DECONTRIBUZIONE PER I CONTRATTI DI SOLIDARIETÀ**

(L. n. 608/96 - L. 78/2014 - D.I. 27/09/2017, n. 2)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

In qualità di (indicare la posizione e i poteri) \_\_\_\_\_

legale rappresentante della società di seguito indicata, chiede la riduzione contributiva prevista dal Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 27/09/2017, n. 2:

### **A - Dati relativi all'azienda**

Denominazione \_\_\_\_\_

Natura giuridica \_\_\_\_\_ Indirizzo sede legale \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ N. matricola INPS Azienda \_\_\_\_\_

Cod. Autorizzazione \_\_\_\_\_ C.S.C. \_\_\_\_\_

Cod. Ateco \_\_\_\_\_ Descrizione \_\_\_\_\_

C.C.N.L. applicato dall'azienda \_\_\_\_\_

Settore di appartenenza \_\_\_\_\_

### **B - Periodo di intervento**

**Stima dello sgravio: € \_\_\_\_\_**

Periodo della presente domanda dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Cod pratica presentata con il sistema Cigsonline \_\_\_\_\_

Contratto di solidarietà di tipo A sottoscritto in data \_\_\_\_\_

### **C - Dati relativi alle unità aziendali coinvolte<sup>(2)</sup>**

**Unità aziendale (stabilimento/ufficio/magazzino/etc) N.1**

C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Numero lavoratori interessati dallo sgravio \_\_\_\_\_

**Unità aziendale (stabilimento/ufficio/magazzino/etc) N.2**

C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Numero lavoratori interessati dallo sgravio \_\_\_\_\_

**Unità aziendale (stabilimento/ufficio/magazzino/etc) N.3**

C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Numero lavoratori interessati dallo sgravio \_\_\_\_\_

**Note:** Il modulo deve essere obbligatoriamente compilato in modalità digitale cliccando sugli appositi spazi e successivamente inviato all'indirizzo di posta elettronica certificata: sgravicds@pec.lavoro.gov.it.

Unità aziendale (stabilimento/ufficio/magazzino/etc) **N.4**

C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Numero lavoratori interessati dallo sgravio \_\_\_\_\_

L'istanza completa deve essere composta da:

1. presente modello di \_\_\_\_\_ pagine ;
2. elenco nominativo numerato dei lavoratori per i quali si chiede lo sgravio ex lege n. 608/96, di n. \_\_\_\_\_ pagine, con indicazione della percentuale individuale di riduzione oraria che sia superiore al 20%;<sup>(3)</sup>
3. ulteriori eventuali n. \_\_\_\_\_ allegati, per un totale di n. \_\_\_\_\_ pagine .

\_\_\_\_\_, Li \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante (il documento va firmato digitalmente)

**Nominativo del referente per la richiesta in oggetto**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ E-mail<sup>(4)</sup> \_\_\_\_\_



## NOTE:

- (1) Le domande devono essere corredate da una marca da bollo da € 16.00. Nel riquadro deve essere indicato il numero identificativo di 14 cifre e la data della marca da bollo, che sarà conservata agli atti dall'istante.
- (2) Replicare i riquadri in base all'esigenza.
- (3) Il modello di elenco è contenuto nel file "AS 5. 1 - Allegato, Elenco lavoratori" scaricabile dal sito internet. Tale file deve essere compilato e rinominato con la matricola INPS (10 caratteri alfanumerici), il carattere \_(underscore) e l'anno di decorrenza della domanda (es. Elenco\_1234567890\_201\_). In caso di matricole INPS multiple, utilizzare la matricola della sede in cui opera il maggior numero di lavoratori interessati alla domanda di sgravio. Compilare la colonna dell'elenco relativa alla percentuale di riduzione dell'orario di lavoro.
- (4) Indicare, se possibile, un indirizzo diverso da quello di posta elettronica certificata.

N.B: Per ogni eventuale informazione, relativa allo stato della domanda, si invita a contattare la Direzione Generale degli Ammortizzatori Sociali e della Formazione – Div. III- al seguente indirizzo: sgravicds@lavoro.gov.it

Il presente modello è disponibile sul sito del Ministero del Lavoro e delle politiche Sociali [www.lavoro.gov.it](http://www.lavoro.gov.it) - Percorso: Home / Temi e priorità / Ammortizzatori sociali e incentivi all'occupazione / Modulistica