

**Domanda d'indennità di disoccupazione**

Cognome e nome	No AVS	
NPA, località, via, numero	Data di nascita	Stato civile
Coordinate di pagamento (numero IBAN)	Telefono	
	P.	U.

1 Nel corso degli ultimi due anni, ha già beneficiato di prestazioni dell'assicurazione contro la disoccupazione?

sì      cassa        no

2 A partire da quale data rivendica il diritto all'indennità di disoccupazione?

3 In quale misura è disposto(a) e capace a lavorare?

a tempo pieno

a tempo parziale, al massimo  ore settimanali      risp.  % di un'occupazione a tempo pieno

4 Ora è abile al lavoro nella misura desiderata?

sì       no\*      →       %

\* Se no, si prega di accludere il certificato medico

Riceve

5 - una rendita AVS o ne ha richiesta una?

sì       no

6 - una pensione in seguito a un rapporto di lavoro?  
(assicurazione per la vecchiaia svizzera o estera)

sì      fr./mese  dal   no

- o ha ricevuto una liquidazione in capitale dal Suo istituto di previdenza professionale o da un'assicurazione per la vecchiaia estera?

sì      fr.  quando   no

7 - un'indennità giornaliera dall'assicurazione svizzera per l'invalidità, contro gli infortuni, malattia, militare o di previdenza professionale o da un'assicurazione estera analoga?

sì      fr./giorno  dal   no

8 - una rendita dalle medesime assicurazioni?

sì      fr./mese  dal   no

9 Ha richiesto un'indennità giornaliera o una rendita?  
(Per le risposte da 5 a 9 si prega di allegare documenti giustificativi.)

sì      presso  il   no

10 Ha un'assicurazione per indennità giornaliera in caso di  
- malattia?

sì      nome       n. membro   no

11 Lei o il Suo (la Sua) coniuge o partner registrato(a) ha obblighi di mantenimento nei confronti di figli fino al compimento del 18° anno di età, figli inabili al lavoro fino al compimento del 20° anno di età o figli in formazione sino al compimento del 25° anno di età?

sì, prega di compilare il modulo 716.102 «Obbligo di mantenimento nei confronti di figli»       no



12 Percepisce ancora un reddito da un'attività indipendente o dipendente?

sì, occupato quale  dal   no

Quando svolge tale attività?

il mattino  il pomeriggio  la sera  la notte  a ore  in singoli giorni

Nome e indirizzo del datore di lavoro

  

13 Negli ultimi due anni ha abbandonato un'attività lucrativa indipendente di cui all'art. 9 cpv. 1 LAVS?  sì  no  
(documentare lo svolgimento dell'attività lucrativa indipendente e relative funzioni)

**Ultimo rapporto di lavoro**

14 Nome e indirizzo dell'ultimo datore di lavoro

  

15 Genere del rapporto di lavoro

impiego a tempo pieno  durata determinata  durata indeterminata  Programma d'impiego temporaneo finanziato dall'assicurazione contro la disoccupazione  
 impiego a tempo parziale  impiego ausiliario  impiego su chiamata  
 lavoro a domicilio  impiego stagionale  impiego temporaneo  
 tirocinio  altro tipo d'impiego

16 Durata del rapporto di lavoro

dal  al

17 Esisteva un contratto di lavoro scritto?

sì (accludere copia del contratto)  no

18 Fine del rapporto di lavoro

Chi ha dato la disdetta?  Quando?  Per quale data?

oralmente  per scritto

19 Ultimo giorno di lavoro effettuato?

20 Motivo della disdetta? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

21 È ancora assicurato(a) conformemente alla LPP presso il Suo ultimo datore di lavoro?

sì  no

22 Ha beneficiato di un pensionamento prima dell'età ordinaria dell'AVS?

sì  no

volontario

non volontario (per motivi di natura economica, regolamentare o legale)

23 Al momento della disdetta o durante il termine di disdetta, era incinta o impedito(a) nel lavoro, in tutto o in parte, a causa di malattia, infortunio, congedo di maternità, servizio militare, servizio civile o di protezione civile?

sì motivo  dal  al   no

motivo  dal  al

23a Al termine del rapporto di lavoro rimangono ancora giorni del congedo di paternità non percepiti (art. 329g CO: 2 settimane per figlio, da prendere entro 6 mesi dalla nascita)?

sì: saldo   no

23b Nei 12 mesi che precedono la conclusione dell'impiego ha beneficiato di un congedo di assistenza per un figlio con gravi problemi di salute (art. 329i CO: max. 14 settimane per figlio per entrambi i genitori complessivamente)?

sì: inizio termine quadro del congedo di assistenza   no

24 Il datore di lavoro Le ha offerto di prorogare la scadenza del termine di disdetta?

sì Perché ha rifiutato?  no

---

---

25 Ha avanzato presso il datore di lavoro pretese salariali concernenti il termine di disdetta?

sì, per  fr.   no

Le Sue pretese vengono contestate dal datore di lavoro?  sì  no

26 Intende, se necessario, rivendicarle per via legale?

sì  no

O una tale procedura è già in corso?  sì  no

27 Al termine del rapporto di lavoro Le sono state accordate altre prestazioni finanziarie oltre alle Sue pretese salariali?

sì  (allegare documenti giustificativi)  no

28 - Lei o sua moglie/suo marito/il suo partner registrato partecipa finanziariamente all'azienda dell'ultimo datore di lavoro o fa parte di un organo decisionale supremo dell'azienda (ad es. azionista, consigliere d'amministrazione in una SA o socio, gerente in una Sagl, ecc.)?  sì  no

- Lei partecipa finanziariamente a un'altra azienda o fa parte di un organo decisionale supremo dell'azienda?  sì  no

**Elenco delle attività lavorative nei 2 anni precedenti** la richiesta di prestazioni

29 Presso quali datori di lavoro è stato(a) occupato(a) prima del Suo ultimo impiego?

Nome e indirizzo

<input type="text"/>	<input type="text" value="dal"/>	<input type="text" value="al"/>
<input type="text"/>	<input type="text" value="dal"/>	<input type="text" value="al"/>
<input type="text"/>	<input type="text" value="dal"/>	<input type="text" value="al"/>
<input type="text"/>	<input type="text" value="dal"/>	<input type="text" value="al"/>
<input type="text"/>	<input type="text" value="dal"/>	<input type="text" value="al"/>
<input type="text"/>	<input type="text" value="dal"/>	<input type="text" value="al"/>
<input type="text"/>	<input type="text" value="dal"/>	<input type="text" value="al"/>

Se ha già lavorato in uno Stato membro dell'UE o dell'AELS, può esibire il modulo PD U1 / E 301?  sì  no

30 Ha prestato, al di fuori dei rapporti di lavoro indicati, servizio militare, servizio civile o di protezione civile in Svizzera o ha beneficiato di indennità di maternità, paternità o assistenza?

sì (copia del libretto di servizio o dei conteggi IPG)  no  
dal  al   
dal  al

31 Non era vincolato(a) da un rapporto di lavoro complessivamente per oltre 12 mesi a causa di

- formazione scolastica, riqualificazione o perfezionamento professionale?  sì  no
- Se sì, è stato(a) domiciliato(a) complessivamente almeno 10 anni in Svizzera?  sì  no  
(Si prega di allegare un'attestazione di domicilio per tale periodo)
- malattia, infortunio, gravidanza, maternità e, durante tale periodo, era domiciliato(a) in Svizzera?  sì  no  
(Si prega di allegare un certificato medico e un'attestazione di domicilio per il periodo in questione)
- soggiorno in un istituto svizzero per l'esecuzione di pene d'arresto o d'educazione al lavoro o in altro istituto svizzero analogo?  sì  no

Motivo

<input type="text"/>	<input type="text" value="dal"/>	<input type="text" value="al"/>
<input type="text"/>	<input type="text" value="dal"/>	<input type="text" value="al"/>
<input type="text"/>	<input type="text" value="dal"/>	<input type="text" value="al"/>
<input type="text"/>	<input type="text" value="dal"/>	<input type="text" value="al"/>
<input type="text"/>	<input type="text" value="dal"/>	<input type="text" value="al"/>

32 Ha soggiornato all'estero per lavoro o per formazione o perfezionamento professionale?

sì  no

dal		al		Paese		per lavoro
dal		al				per formazione / perfezionamento professionale

(allegare attestato dell'istituto di formazione o dell'attività lavorativa)

33 Richiede le prestazioni dell'assicurazione contro la disoccupazione in seguito a separazione o divorzio, sospensione o scioglimento dell'unione domestica registrata, invalidità o morte del coniuge o del partner registrato oppure a causa di soppressione di una rendita di invalidità o di un evento analogo ed era domiciliato(a) in Svizzera al momento in cui si è verificato l'evento in questione (si prega di allegare un'attestazione di domicilio)?

sì  no

Natura dell'evento

Data dell'evento

34 Richiede le prestazioni dell'assicurazione contro la disoccupazione in seguito a cessazione dell'assistenza a una persona bisognosa di cure facente parte della stessa economia domestica?

sì  no

Durata dell'assistenza

Data e motivo della cessazione dell'assistenza

**Osservazioni:**

---

---

---

---

**Avviso**

Si prega di rispondere a tutte le domande. Si eviteranno così accertamenti supplementari che potrebbero ritardare il versamento delle indennità di disoccupazione.

**Dichiarazione**

Prendo atto che sono tenuto(a) a partecipare a provvedimenti del mercato del lavoro.

Confermo di aver risposto in modo veritiero e completo a tutte le domande poste. Prendo altresì atto che assumo la responsabilità di tutte le indicazioni inveritiere e dell'omissione di dati di fatto che potrebbero condurre al pagamento ingiustificato di indennità di disoccupazione e che sono tenuto(a) alla restituzione degli importi ricevuti indebitamente.

Luogo e data

L'assicurato(a)

---

---

Allegato(i):

originale:

- modulo 716.103 «Attestato del datore di lavoro»
- modulo PD U1 «Periodi da prendere in considerazione per la concessione delle prestazioni di disoccupazione» o modulo E 301 «Attestato relativo ai periodi da prendere in considerazione per la concessione delle prestazioni di disoccupazione»
- modulo 716.102 «Obbligo di mantenimento nei confronti di figli» con gli allegati

copia:

- Iscrizione per il collocamento (prima iscrizione)
- Contratto di lavoro
- Lettera di disdetta del rapporto di lavoro
- Certificato medico
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_