DICHIARAZIONE DI CASSA INTEGRAZIONE (Mod. DC)

IL SOTTOSCRITTO

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Data di nascita: |__|__|__|__|__|__|__|__| Sesso: M|__| F|__|

ammesso al trattamento straordinario di integrazione salariale, consapevole delle sanzioni penali e civili nelle quali potrebbe incorrere in caso di dichiarazioni mendaci **DICHIARA** di:

☐ **FRUIRE** di tale trattamento dal _____ e di non svolgere alcuna attività remunerata

☐ **FRUIRE** di tale trattamento dal _____ e di percepire redditi dal mese di _____ derivanti da:

- ☐ lavoro dipendente e assimilati euro mensili (lordi) _____
- ☐ lavoro autonomo euro mensili (lordi) _____
- ☐ indennità di cigs euro mensili (lordi) _____

☐ **AVER FRUITO** di tale trattamento dal _____ al _____ e di non aver svolto alcuna attività remunerata

☐ **AVER FRUITO** di tale trattamento dal _____ al _____ e di aver percepito redditi derivanti da:

- ☐ lavoro dipendente e assimilati euro mensili (lordi) _____ dal _____ al _____
- ☐ lavoro autonomo euro mensili (lordi) _____ dal _____ al _____
- ☐ indennità di cigs euro mensili (lordi) _____ dal _____ al _____

Si **IMPEGNA** a fornire tempestivamente notizie di qualsiasi evento che modifichi tale stato.

DICHIARA di aver preso visione dell'art. 26 e 58 del Regolamento, disponibili sul sito www.casagitsalute.it

Data _____ Firma _____