

AUTOCERTIFICAZIONE BONUS LAVORATORI STAGIONALI

Il/la sottoscritto/a

.....

nato/a a il

Codice Fiscale

residente in

.....

Dichiara:

- Che l'ultimo rapporto di lavoro è cessato involontariamente nel periodo compreso fra il 01/01/2019 e il 23/03/2021;
- Che non ha già beneficiato dell'indennità di cui all'art. 15 e 15-bis del D.L. n. 137/2020
- Che nel periodo compreso fra il 01/01/2019 e il 23/03/2021 ha prestato attività lavorativa per almeno 30 giornate;
- Che detta cessazione è avvenuta con un datore di lavoro rientrante nei settori produttivi diversi da quelli del turismo e degli stabilimenti termali;
- Che alla data di presentazione della domanda non è titolare di alcun rapporto di lavoro subordinato a tempo a tempo indeterminato (fatto salvo il lavoro intermittente);
- Che alla data di presentazione della domanda non è titolare di trattamento pensionistico diretto (ad eccezione dell'AOI) o APE sociale;
- Che non ha percepito altre indennità COVID-19 e il proprio nucleo familiare non percepisce reddito di cittadinanza.

Il sottoscritto, informato dei requisiti necessari e dei limiti di spesa per l'accesso alla indennità richiesta, nonché della evenienza che l'ordine di arrivo delle domande all'Inps potrà costituire criterio di priorità per l'accoglimento, solleva il Patronato INCA da qualsiasi responsabilità per una eventuale esclusione dal beneficio dovuta anche all'esaurimento dei fondi disponibili.

Data e luogo

FIRMA