

All' Assessorato della Famiglia, delle Politiche Sociali
e del Lavoro - Dipartimento Regionale del Lavoro
dell'Impiego, dell'Orientamento, dei Servizi e delle
attività formative

**Servizio VI - Coordinamento Servizi Centri
per l'Impiego - Politiche Giovanili - Politiche
Precariato**

Dipartimento.lavoro@certmail.regione.sicilia.it

Servizio6diplav@regione.sicilia.it

**ISTANZA PER IL RICONOSCIMENTO DELL'INDENNITA' AD INTEGRAZIONE DEL TRATTAMENTO
DI MOBILITA' IN DEROGA RELATIVO ALL' ANNO 2025**

II/LA SOTTOSCRITTO/A

NOME COGNOME

NATO A PROV. DI IN DATA

RESIDENTE A PROV. DI CAP

IN N°

C.F.

INDIRIZZO MAIL INDIRIZZO PEC
(campo non obbligatorio)

RECAPITO TELEFONICO

NOME BANCA

IBAN:

(indicare un numero di conto corrente bancario intestato al richiedente che permetta di ricevere denaro tramite accrediti e su cui si autorizza l'Amministrazione al versamento della somma prevista):

SIGLA NAZIONE	CIN EU	CODICE CIN	CODICE ABI	CODICE CAB	NUMERO DEL CONTO CORRENTE

APPARTENENTE ALL'AREA DI CRISI (digitare una delle due opzioni):

☐ TERMINI IMERESE

☐ GELA – CALTANISSETTA

DENOMINAZIONE DELL'AZIENDA DI APPARTENENZA

CHIEDE

la concessione dell'indennità ad integrazione del trattamento di mobilità in deroga in attuazione della L.R. 30 gennaio 2025, n.3, art. 53.

☐ Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi del Nuovo Regolamento Europeo in materia di privacy (n. 2016/679) e del D. Lgs. N. 196/2003 e s.m.i., che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite come da informativa allegata

Luogo e data: ,

Firma : _____