



Circostanze che possono modificare il suo diritto a prestazioni di disoccupazione

Regolamenti (CE) n.883/2004 e n. 987/2009 (*)

AVVERTENZE PER L'INTERESSATO

Il presente documento contiene informazioni sul mutamento di circostanze che l'istituzione dello Stato membro in cui Lei è in cerca di lavoro deve trasmettere all'istituzione che eroga le prestazioni di disoccupazione. Ne può risultare una sospensione delle prestazioni di disoccupazione.

In caso di contestazioni, contatti senza indugio l'istituzione che le eroga le prestazioni.

1. DATI PERSONALI DELL'INTERESSATO

1.1	Numero d'identificazione personale	<input type="checkbox"/>	Donna	<input type="checkbox"/>	Uomo
1.2	Cognome/i				
1.3	Nome/i				
1.4	Cognome alla nascita (**)				
1.5	Data di nascita	1.6	Nazionalità		
1.7	Luogo di nascita				
1.8	Indirizzo attuale nel paese che rilascia il certificato				
1.8.1	Via, n.	1.8.3	Codice postale		
1.8.2	Città	1.8.4	Sigla paese		
1.9	Indirizzo nel paese che versa le prestazioni di disoccupazione				
1.9.1	Via, n.	1.9.3	Codice postale		
1.9.2	Città	1.9.4	Sigla paese		

2. MUTAMENTO DI CIRCOSTANZE

L'interessato

- | | | |
|-----|---|--------------------------|
| 2.1 | ha accettato un'occupazione o ha iniziato un'attività autonoma | <input type="checkbox"/> |
| 2.2 | percepisce redditi da un'attività diversa da quelle citate sopra (2.1) | <input type="checkbox"/> |
| 2.3 | ha rifiutato un'offerta di lavoro o non ha aderito a una convocazione degli uffici del lavoro | <input type="checkbox"/> |
| 2.4 | ha rifiutato di partecipare ad iniziative di reinserimento al lavoro | <input type="checkbox"/> |
| 2.5 | presenta un'inabilità al lavoro | <input type="checkbox"/> |
| 2.6 | non si è sottoposto alle procedure di controllo | <input type="checkbox"/> |
| 2.7 | non è a disposizione degli uffici del lavoro | <input type="checkbox"/> |
| 2.8 | altro: | <input type="checkbox"/> |

DATA D'INIZIO

(*) Regolamenti (CE) n. 883/2004, articolo 64, e n. 987/2009, articolo 55, paragrafo 4.

(**) Informazione fornita all'Istituzione dall'interessato quando non è nota all'Istituzione.

U3



Circostanze che possono modificare
il suo diritto a prestazioni di disoccupazione

3. AVVERTENZE PER L'INTERESSATO

Lined area for providing warnings to the interested party.

4. ISTITUZIONE CHE COMPILA IL FORMULARIO

4.1 Denominazione

4.2 Via, n.

4.3 Città

4.4 Codice postale

4.5 Sigla paese

4.6 Numero di identificazione dell'istituzione

4.7 Fax ufficio n.

4.8 Telefono ufficio n.

4.9 E-mail

4.10 Data

4.11 Firma

TIMBRO

Stamp area for the issuing institution.