



## MODULO DI CONTATTO

### AI FINI DELLA STIPULA DEL PATTO DI SERVIZIO PERSONALIZZATO

da inviare entro il termine di 15 giorni dalla data di presentazione all'INPS della domanda di NASPI o DIS-COLL  
al seguente indirizzo email: **cpiafragola@regione.campania.it**

### Patto di Servizio Personalizzato con il CPI di Afragola

(Da compilare in maiuscolo)

Il/La sottoscritto/a (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

domiciliato in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Avendo presentato all'INPS domanda di:

(Barrare con una X)

- NASPI – Nuova Assicurazione Sociale Per l'Impiego**
- DIS-COLL – Indennità di Disoccupazione per i lavoratori con rapporto di collaborazione coordinata e continuativa**

### DICHIARA

DI ESSERE DISPONIBILE A STIPULARE IL PATTO DI SERVIZIO PERSONALIZZATO  
PREVISTO DALLA NORMATIVA VIGENTE

A tal fine dichiara quanto segue:

Titolo di studio (specificare tipologia diploma o laurea): \_\_\_\_\_

Numero componenti famiglia: n . \_\_\_\_\_

Presenza figli a carico: sì  no

In possesso di patenti: sì  no

### CHIEDE

CHE OGNI COMUNICAZIONE E/O CONVOCAZIONE VENGA EFFETTUATA AI  
SEGUENTI RECAPITI:

Tell / Cell \_\_\_\_\_

Email (Compilare in maiuscolo) \_\_\_\_\_

### ALLEGARE

- 1. COPIA DELLA RICEVUTA INPS**
- 2. COPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO VALIDO**

Firma

(Luogo) \_\_\_\_\_, (Data) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_