



## DICHIARAZIONI DEL RICHIEDENTE

### 1. Prima dell'inizio della disoccupazione (contrassegnare con X):

- non ho percepito e non percepisco alcun reddito da lavoro.  
 ho percepito redditi da lavoro e continuerò a percepirla in futuro.

Sono consapevole dell'obbligo che, ai sensi dell'articolo 67 della Legge sulla regolamentazione del mercato del lavoro, devo notificare all'ente **ogni** base per il pagamento del reddito da lavoro. Se tale base esiste già al momento dell'esercizio del diritto all'indennità, sono tenuto a darne comunicazione all'ente **all'atto** dell'esercizio del diritto all'indennità, altrimenti entro **otto** giorni dal suo verificarsi. Sono informato che in caso di rinuncia al suddetto obbligo decade il mio diritto all'indennità e devo restituire le somme dell'indennità percepite ingiustificatamente.

2. Sono informato che, ai sensi degli articoli 66 e 139 della Legge sulla procedura amministrativa generale, il funzionario dell'Istituto della Repubblica di Slovenia per l'occupazione che segue la procedura ottiene dai registri ufficiali i dati necessari per accertare lo stato di fatto e i fatti importanti per il processo decisionale e non lo impedisco.
3. Sono informato che posso annullare la decisione che voglio esercitare il diritto alla parte residua dell'indennità, non ancora utilizzata, al posto del nuovo diritto, solo fino al rilascio della decisione dell'autorità di primo grado.
4. Sono informato che, ai sensi del quarto comma dell'articolo 63 della Legge sulla regolamentazione del mercato del lavoro (ZUTD) non posso esercitare il diritto all'indennità se:
- sono in possesso dei requisiti per ottenere la pensione di vecchiaia ai sensi del quarto comma dell'articolo 27 della Legge sull'assicurazione pensionistica e di invalidità,
  - sono in possesso delle condizioni necessarie per accedere ai requisiti per ottenere il diritto a una pensione professionale secondo le norme che disciplinano l'assicurazione professionale.
5. Sono informato che, ai sensi del quinto trattino dell'articolo 65 della Legge ZUTD, il mio diritto all'indennità cessa il giorno in cui compio 65 anni d'età o quando soddisfo le condizioni per ottenere una pensione di vecchiaia ai sensi del primo trattino del quarto comma dell'articolo 63 della Legge ZUTD.
6. **Dichiaro che si tiene conto dell'ulteriore sgravio generale nel calcolo dell'acconto dell'imposta sui redditi dalle entrate a titolo dell'indennità (contrassegnare con X):**

- SÌ                       NO

Contrassegnando SÌ, o **non contrassegnando** nulla, **si terrà conto** dell'ulteriore sgravio generale nel calcolo dell'importo dell'indennità.

Contrassegnando NO, **non si terrà conto** dell'ulteriore sgravio generale nel calcolo dell'importo dell'indennità.

### Chiarimento:

Nel calcolo dell'acconto dell'imposta sui redditi da indennità si tiene conto dello sgravio generale che dipende dall'ammontare del reddito (per i redditi inferiori si tiene conto di uno sgravio generale più elevato).

Se in un singolo anno ha percepito anche altri redditi (superiori) oltre all'indennità, su base annuale può pagare un saldo relativamente elevato (versamento aggiuntivo dell'imposta sui redditi).

Se si desidera evitare un saldo dell'imposta sui redditi, o quanto meno il versamento aggiuntivo di importi elevati, **già nel momento in cui si esercita il diritto all'indennità, si può decidere per uno sgravio generale inferiore sul versamento mensile**. È possibile ottenere informazioni più dettagliate presso l'Amministrazione Finanziaria (FURS): <https://www.fu.gov.si/kontakti/#c116>.

### 7. Richiedo le detrazioni fiscali per i familiari:

- SÌ                       NO

**DATI SUI FAMILIARI DEL RICHIEDENTE PER I QUALI IL RICHIEDENTE, AI SENSI DELLA LEGGE SULL'IMPOSTA SUI REDDITI, RICHIEDE UNA DETRAZIONE FISCALE:**

COGNOME E NOME	ANNO DI NASCITA	CODICE FISCALE	CAUC	RAPPORTO DI PARENTELA

Rapporto di parentela-inserire il codice corrispondente:

A – figlio

A.1 - figlio fino ai 18 anni di età

A.2 - figlio fino ai 26 anni di età, iscritto ad un istituto di istruzione superiore o all'università

A.3 - figlio di età superiore ai 26 anni iscritto ad un istituto di istruzione superiore o universitaria sino all'età di 26 anni, e cioè per un periodo non superiore ai sei anni dal momento dell'iscrizione al corso di laurea, e al massimo per un periodo di quattro anni dall'iscrizione ad un corso post laurea

A.4 - figlio di età superiore ai 18 anni, non più studente, se è iscritto nelle liste dell'Ufficio del lavoro

A.5 - figlio che necessita di un'assistenza particolare con diritto all'indennità per la sua assistenza in conformità con la Legge sull'assistenza genitoriale e i contributi familiari, oppure diritto all'indennità di accompagnamento prevista dalla Legge sull'assicurazione pensionistica e di invalidità

B - figlio inabile al lavoro in conformità con quanto previsto dalle norme di assistenza delle persone con disabilità mentali e fisiche

C - coniuge o convivente senza occupazione e che non svolge alcuna attività

D - genitori naturali o adottivi del contribuente

La forma maschile è utilizzata esclusivamente per maggiore chiarezza e trasparenza.

**8. Dichiaro che i dati riportati sono veritieri e che ne rispondo materialmente e penalmente.**

ALLEGATO ALLA DOMANDA:

**I. IL MIO RAPPORTO DI LAVORO È CESSATO PER IL SEGUENTE MOTIVO (contrassegnare con una X il motivo valido):****1. SCADENZA DEL CONTRATTO DI LAVORO A TEMPO DETERMINATO**Attestati:  *Contratto/-i di lavoro/presentato dal richiedente***2. MORTE DEL DATORE DI LAVORO (PERSONA FISICA)**Attestati:  *Certificato dell'unità amministrativa sulla cessazione dell'esistenza del datore di lavoro (persona fisica)/ottenuto dall'Istituto*  
 *Altro:***3. RISOLUZIONE CONSENSUALE DEL CONTRATTO DI LAVORO**Attestati:  *Accordo scritto di annullamento del contratto di lavoro/presentato dal richiedente***4. a. RECESSO ORDINARIO DA PARTE DEL LAVORATORE SENZA MOTIVAZIONE**Attestati:  *Recesso scritto dal contratto di lavoro da parte del lavoratore/presentato dal richiedente***b. RECESSO ORDINARIO DA PARTE DEL LAVORATORE PER IL CAMBIAMENTO DEL DATORE DI LAVORO E IL PEGGIORAMENTO DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO DI LAVORO OSSIA CAMBIAMENTI SOSTANZIALI DELLE CONDIZIONI DI LAVORO**Attestati:  *Recesso scritto dal contratto di lavoro da parte del lavoratore/presentato dal richiedente*  
 *Spiegazione dei motivi per il peggioramento/modifiche/presentato dal richiedente*  
 *Contratto/-i di lavoro/presentato dal richiedente***5. RECESSO ORDINARIO PER L'AVVIO DELLA PROCEDURA FALLIMENTARE O DELLA LIQUIDAZIONE FORZATA**Attestati:  *Recesso scritto dal contratto di lavoro da parte del curatore della procedura/presentato dal richiedente***6. RECESSO ORDINARIO DA PARTE DEL DATORE DI LAVORO**Attestati:  *Recesso scritto dal contratto di lavoro da parte del datore di lavoro /presentato dal richiedente***7. RECESSO STRAORDINARIO DA PARTE DEL DATORE DI LAVORO**Attestati:  *Recesso scritto dal contratto di lavoro da parte del datore di lavoro /presentato dal richiedente***8. RECESSO O RISOLUZIONE CONSENSUALE PER L'ASSISTENZA DEI FIGLI**Attestati:  *Recesso scritto o risoluzione consensuale del contratto per l'assistenza di 4 o più figli/presentato dal richiedente*  
 *Estratti dai registri di nascita per i figli/presentato dal richiedente***9. RECESSO STRAORDINARIO DA PARTE DEL LAVORATORE perché il datore di lavoro non gli:**

- ha garantito lavoro per più di due mesi e non gli ha corrisposto l'indennità salariale prevista dalla legge
- ha versato integralmente i contributi previdenziali per tre mesi consecutivi o in un periodo di 6 mesi
- ha consentito di svolgere il lavoro per più di 30 giorni a causa della decisione dell'ispettorato competente e non gli ha pagato l'indennità salariale prevista dalla legge
- ha corrisposto il suo stipendio per due volte di seguito o in un periodo di sei mesi entro il termine stabilito dalla legge o concordato contrattualmente
- ha pagato lo stipendio per almeno due mesi o gli ha corrisposto uno stipendio significativamente ridotto
- ha garantito la sicurezza e la salute sul lavoro e il lavoratore ha preventivamente richiesto al datore di lavoro di eliminare il pericolo imminente e inevitabile per la vita o la salute
- ha garantito una parità di trattamento
- ha fornito protezione contro le molestie sessuali e di altro genere o maltrattamenti sul posto di lavoro

Attestati:  *Recesso scritto dal contratto di lavoro da parte del lavoratore/presentato dal richiedente*  
 *Copia della lettera scritta di diffida al datore di lavoro/presentata dal richiedente*  
 *Copia della comunicazione all'ispettore del lavoro/presentata dal richiedente***Al momento del recesso da parte del datore di lavoro ero:** rappresentante dei lavoratoriAttestati:  *Consenso del sindacato o dell'autorità/presentato dal richiedente* in congedo parentaleAttestati:  *Decisione del Centro per l'assistenza sociale* in congedo per malattiaAttestati:  *Certificato di malattia/presentato dal richiedente* disabile di II o III categoria, sul lavoro e presso l'Istituto ZPIZAttestati:  *Decisione dell'Istituto ZPIZ sull'invalidità* in gravidanza o allattamento niente di quanto sopra**In relazione alla cessazione del rapporto di lavoro:**

- non ho esercitato la tutela legale come previsto dalla legge
- ho esercitato la tutela legale come previsto dalla legge

eserciterò la tutela legale come previsto dalla legge

*Attestati:  Richiesta di tutela legale presso il competente Tribunale del lavoro e sociale/presentata dal richiedente*

## DATI SULLA DURATA DEL PREAVVISO IN CASO DI MOTIVAZIONE COMMERCIALE O PER INCAPACITÀ

Durante il periodo di preavviso ho usufruito di \_\_\_\_\_ giorni di assenza dal lavoro per partecipare a misure sul mercato del lavoro e per quei giorni il datore di lavoro mi

ha  non mi ha

corrisposto l'indennità salariale.

Durante il periodo di preavviso il datore di lavoro o l'Istituto della Repubblica di Slovenia per l'occupazione:

non mi hanno offerto un nuovo contratto di lavoro idoneo a tempo indeterminato presso un altro datore di lavoro

mi hanno offerto un nuovo contratto di lavoro idoneo a tempo indeterminato presso un altro datore di lavoro che ho rifiutato per il seguente motivo:

## 10. RISOLUZIONE DEL CONTRATTO DI LAVORO IN BASE A SENTENZA DEL TRIBUNALE

Attestati:  Sentenza del Tribunale

## 11. CESSAZIONE DELL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE PER UN LAVORATORE AUTONOMO (ditta individuale, operatori culturali autonomi ecc.)

Attestati:  Attestato di iscrizione o cancellazione dal relativo registro (decisione di iscrizione/cancellazione dal registro delle imprese, decisione di iscrizione/cancellazione dall'elenco degli operatori culturali autonomi...)/ottenuto dall'Istituto

Spiegazione dei motivi per la cessazione dell'esercizio della professione con i relativi attestati /presentati dal richiedente

Calcolo dell'acconto dell'imposta sui redditi conseguiti svolgendo la professione per l'anno in corso e il precedente-per la ditta individuale/ottenuto dall'Istituto

Decisione sulla determinazione dell'imposta sui redditi per l'anno in corso e il precedente — per gli altri lavoratori autonomi/ottenuto dall'Istituto

Altro: \_\_\_\_\_

## 12. TRASFERIMENTO IN ALTRO LUOGO A CAUSA DEL LAVORO DEL CONIUGE O DEL CONVIVENTE

Attestati:  Dichiarazione di matrimonio/convivenza/presentata dal richiedente

Contratto di lavoro del coniuge /presentato dal richiedente

Dichiarazione sulla distanza con i mezzi pubblici in una direzione dal luogo di residenza dell'assicurato fino al luogo di lavoro del coniuge o del convivente/presentato dal richiedente

## 13. RISOLUZIONE DEL CONTRATTO DI LAVORO PER UNO STRANIERO

Attestati:  Attestato: \_\_\_\_\_

## 14. CESSAZIONE DELLA FUNZIONE PUBBLICA O DI ALTRO TIPO NEGLI ORGANI LEGISLATIVI, ESECUTIVI O GIUDIZIARI IN BASE A ELEZIONE O NOMINA

Attestati:  Attestato sull'esercizio del diritto al ritorno al lavoro/presentato dal richiedente

## 15. ALTRI MOTIVI (scrivere): \_\_\_\_\_

Attestati:  Documentazione di risoluzione del rapporto di lavoro/presentata dal richiedente

**ESERCIZIO DEL DIRITTO ALL'INDENNITÀ DOPO LA CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE VOLONTARIA**

## 16. CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE VOLONTARIA PER LA CESSAZIONE DELLA SOSPENSIONE DEL CONTRATTO DI LAVORO SECONDO LE NORME SUI RAPPORTI DI LAVORO

Attestati:  Documentazione sulla cessazione del rapporto giuridico che era alla base dell'assicurazione volontaria/presentata dal richiedente

Certificato dell'Amministrazione Finanziaria (FURS) sui contributi pagati/ottenuto dall'Istituto

## 17. CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE VOLONTARIA DEL CONIUGE O DEL CONVIVENTE DI CITTADINI SLOVENI CHE LAVORANO IN UNO STATO ESTERO

Attestati:  Documentazione sulla cessazione del rapporto giuridico che era alla base dell'assicurazione volontaria (l'attestato sulla risoluzione del rapporto di lavoro del coniuge o del convivente in uno Stato estero)/presentata dal richiedente

Certificato dell'Amministrazione Finanziaria (FURS) sui contributi pagati/ottenuto dall'Istituto

## 18. CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE VOLONTARIA DEL CONIUGE O DEL CONVIVENTE DI DIPLOMATICI E ALTRI DIPENDENTI PUBBLICI DISTACCATI PER LAVORO ALL'ESTERO

Attestati:  Documentazione sulla cessazione del rapporto giuridico che era alla base dell'assicurazione volontaria (l'attestato sulla cessazione del distacco all'estero per lavoro del coniuge o del convivente)/presentata dal richiedente

Certificato dell'Amministrazione Finanziaria (FURS) sui contributi pagati/ottenuto dall'Istituto

La domanda è stata presentata in data \_\_\_\_\_ con gli allegati: \_\_\_\_\_

La domanda deve essere integrata entro \_\_\_\_\_ giorni con gli allegati: \_\_\_\_\_

**Firma del richiedente:** \_\_\_\_\_

La domanda è stata integrata in data \_\_\_\_\_ con gli allegati: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ **Nome e cognome e firma del funzionario di ZRSZ:** \_\_\_\_\_

Il sottoscritto (nome e cognome) \_\_\_\_\_,  
EMŠO \_\_\_\_\_, ai fini del calcolo del contributo sanitario obbligatorio per il datore di lavoro/**contribuente dell'ISTITUTO DELLA REPUBBLICA DI SLOVENIA PER L'OCCUPAZIONE (di seguito Istituto)** in conformità con le disposizioni dell'articolo 48 della Legge sull'assistenza sanitaria e l'assicurazione sanitaria (Gazzetta Ufficiale della Repubblica di Slovenia, n. 72/06 – testo ufficiale consolidato, con modifiche)<sup>1</sup> dichiara quanto segue.

## DICHIARAZIONE

Ai fini del corretto calcolo del contributo sanitario obbligatorio, dichiaro che l'**Istituto è per il primo o l'ultimo mese** in cui riceverò il sussidio di disoccupazione e contemporaneamente percepirò redditi da altro datore di lavoro/contribuente

- il **principale datore di lavoro/contribuente** che versa la maggior parte del reddito e calcola e detrae il contributo sanitario obbligatorio dal sussidio versato per ogni mese
- altro datore di lavoro/contribuente** che versa per ogni mese una parte minore del reddito e non ha l'obbligo di calcolare il contributo sanitario obbligatorio.

Inoltre, dichiaro che

- Ho diritto all'esenzione dal pagamento del contributo sanitario obbligatorio** in quanto invalido di guerra, veterano di guerra o vittima di violenza di guerra, pertanto l'Istituto in veste di principale datore di lavoro/contribuente **NON HA** alcun obbligo di calcolare il contributo sanitario obbligatorio.
- Non ho il diritto all'esenzione dal pagamento del contributo sanitario obbligatorio**, che quindi viene calcolato dall'Agenzia in veste di principale datore di lavoro/contribuente.

**Mi impegno a comunicare immediatamente qualsiasi modifica che incida sull'obbligo di calcolo del contributo sanitario obbligatorio.**

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Dal 31 dicembre 2023 è stata abolita l'assicurazione complementare volontaria ed è stato introdotto il contributo sanitario obbligatorio. Ai sensi dell'articolo 48 della Legge sull'assistenza sanitaria e sull'assicurazione sanitaria (Gazzetta ufficiale della RS, n. 72/06, con modifiche), il contributo sanitario obbligatorio viene detratto dal reddito per un importo di 35 euro. Se il richiedente del sussidio di disoccupazione riceve ad es. reddito da un datore di lavoro/contribuente e, nello stesso mese, il sussidio di disoccupazione per alcuni giorni, deve decidere chi dei due deve detrarre il contributo sanitario obbligatorio per il mese in questione.

Se nella dichiarazione sottostante si indica l'Istituto come "contribuente principale/datore di lavoro" significa che anche nei mesi in cui ci sono due contribuenti, l'Istituto detrarrà dal sussidio di disoccupazione il contributo sanitario obbligatorio, ovvero l'importo di 35 euro. Durante questi mesi, l'altro contribuente/datore di lavoro non sarà il contribuente principale e non dovrà detrarre il contributo sanitario obbligatorio.