

Nota informativa disdetta

Nome e cognome dell'assicurato/a:

Ultimo datore di lavoro:

Data d'inizio attività lavorativa:

Quando ha **saputo** della disdetta?

verbalmente il _____

per lettera il _____

prima del _____ non ne ero a conoscenza

Quando è terminato/terminerà il rapporto di lavoro?

Durante il periodo di disdetta ha subito un periodo d'inabilità in seguito a malattia, infortunio, maternità? Se sì da quando?

sì dal _____

no

Il giorno in cui è stata notificata la disdetta era inabile al lavoro?

sì

no

Ha svolto un periodo di maternità nell'ultimo anno o si trova attualmente in gravidanza?

sì

no

Ha prestato servizio obbligatorio svizzero, militare, protezione civile o servizio civile durante il periodo di disdetta o nelle 4 settimane precedenti?

sì dal _____

no

Nota informativa:

Vi rendiamo attenti che il Codice delle Obbligazioni (art.336c, cpv1), prevede che dopo il tempo di prova, il datore di lavoro non può disdire il rapporto di lavoro allorché il lavoratore è impedito di lavorare, in tutto o in parte, a causa di malattia o infortunio non imputabili a sua colpa per 30 giorni nel primo anno di servizio, per 90 giorni dal secondo al quinto compreso e per 180 giorni dal sesto anno di servizio.

(art. 336c, cpv 2) la disdetta data durante uno dei periodi stabiliti nel capoverso 1 è nulla; se, invece, è data prima, il termine che non sia ancora giunto a scadenza all'inizio del periodo è sospeso e riprende a decorrere soltanto dopo la fine del periodo.

(cpv 3) se per la cessazione di un rapporto di lavoro vale un giorno fisso, come la fine di un mese o di una settimana lavorativa, che non coincide con la scadenza del termine prorogato di disdetta, questo è protratto sino al giorno fisso immediatamente successivo.

Vi invitiamo quindi, nel caso in cui durante il periodo di disdetta intervenisse uno dei casi sopra citati di avvisare tempestivamente la Cassa disoccupazione e il datore di lavoro mettendosi poi a disposizione di quest'ultimo per portare a termine il regolare periodo di disdetta.

L'assicurato/a conferma di aver risposto in modo veritiero alle domande e di leggere la nota informativa.

Data _____

Firma _____