

Oggetto: intervento di sospensione per mancanza di lavoro per l'anno 2015.

L'impresa artigiana _____
sita a _____ in via _____ n° ____
tel _____ fax _____ Partita Iva _____
che svolge l'attività di _____
contratto collettivo applicato: _____

in regola con i versamenti Ebav e con il seguente organico aziendale:

- operai _____ ● impiegati, quadri _____
- apprendisti _____ ● di cui iscritti OO.SS. (segnare solo se CGIL, CISL o UIL) _____

con la presente chiede l'avvio delle procedure per il ricorso alla sospensione per mancanza di lavoro di cui all'oggetto **ai sensi dell'Accordo Interconfederale Regionale del 17.06.2015.**

La scrivente richiede all'Associazione Artigiana di provvedere all'avvio della relativa procedura (informativa alle OOSS e all'Ebav), dichiarando di:

- **avere in corso** la procedura di consultazione per la CIG in Deroga 2015; accordo aziendale (sospensione/cig) in data _____, sottoscritto dal sindacato (sigla) _____ (nome operatore sindacale) _____, e richiedere l'attivazione della procedura di sospensione in quanto presenta in forza n. ____ lavoratori (___ ope, ___ imp, ___ app) per i quali non sussiste il requisito dell'anzianità aziendale pari a 12 mesi necessario per accedere alla CIG in Deroga;
- **avere concluso** il periodo di 5 mesi di CIG in Deroga 2015; accordo aziendale (sospensione/cig) in data _____, sottoscritto dal sindacato (sigla) _____ (nome operatore sindacale) _____;

L'impresa dichiara altresì che numero ____ lavoratori non sono in possesso dei requisiti per fruire dell'indennità ASpl.

Distinti saluti

Località e data _____

LA DITTA

(firma titolare / legale rappresentante)