*Mod. SOSP **2013***

Al settore Lavoro FAIV(lavoro@confartigianatovicenza.it) (fax 0444392477)
di CONFARTIGIANATO VICENZA
Via E. FERMI 134 - 36100 VICENZA

Comunicazione in data ……..…… di intervento di sospensione per mancanza di lavoro.

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 ooss (segnare solo se CGIL, CISL o UIL) _____

ai sensi dell'Acc. Reg. del 16.07.2013 e della circ. INPS n. 36/2013, visto il perdurare della situazione di crisi, **al fine di evitare licenziamenti per riduzione di personale, comunica di attivare la sospensione per mancanza di lavoro dei propri dipendenti, senza decorrenza di retribuzione diretta e/o differita, con possibilità** per gli stessi, se in possesso dei previsti requisiti, **di richiedere sussidi all'INPS e all'Ebav per le giornate non lavorate nei rispettivi periodi di sospensione come sotto specificati,** dichiarando che risultano fruiti/programmati gli istituti contrattuali di flessibilità (permessi, banca ore ..) coerentemente con le date di inizio di tali periodi.

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

aver già ricorso alla cigs in deroga per tutti i 180 gg. nel corso del 2013 (Accordo sindacale del …… stipulato con ……..……..…….. della ……..…) e pertanto può accedere alla procedura semplificata **consegnando ad ogni dipendente copia della presente comunicazione** (con Racc. AR/a mano).
richiede comunque la **consultazione sindacale** con stipula del relativo verbale tramite la sottoscrizione delle ooss sul retro del presente modello.

La scrivente consegna ai lavoratori apposita nota informativa e informa lo Studio/Ufficio che ne tiene i libri paga affinchè provveda ai relativi adempimenti previsti (Studio/Ufficio ……..……..……..…. tel ……..…..…. sede ……...……)

Privacy *: la scrivente azienda,* se *non associata all'Associazione destinataria della presente, allega apposita informativa finalizzata a consentire il trattamento dei dati qui indicati, ai sensi del D.Lgs. nr. 196/03, per le finalità e per le operazioni connesse e collegate al perfezionamento dell'iter sindacale e al relativo monitoraggio previsti dall'Accordo Regionale.*

Titolare/legale rappresentante …… LA DITTA (timbro e firma)

ELENCO LAVORATORI SOSPESI
Segnalati con asterisco a fianco della "qualifica" i dipendenti per i quali i dati a disposizione dell'azienda non sono sufficienti ad attestare il possesso dei requisiti per accedere alla "indennità INPS per lavoratori sospesi". NUMERO TOTALE DEI LAVORATORI PRIVI DEI REQUISITI ……..

Entro i seguenti periodi i lavoratori sono a disposizione per il rientro al lavoro anche per singole giornate.

(COGNOME e NOME)	(Qualifica: I, O, Ap)	(PERIODO DI SOSPENSIONE dal…al…)	(FIRMA per ricevuta)

……. ……

……. ……

……. ……

……. ……

……. ……

……. ……

……. ……

……. ……

……. ……

……. ……

……. ……

……. ……

……. ……

……. ……

……. ……

……. ……

……. ……

In caso di procedura B) con **accordo in sede sindacale**:

I lavoratori sopra indicati, avendo conferito mandato agli operatori sindacali
CGIL sig. ……..
CISL sig. ……
UIL sig. ……..
di assisterli riguardo alla presente comunicazione aziendale, dichiarano di accettarne i contenuti, nulla escluso, rinunciando ad ogni emolumento retributivo inerente alle giornate non lavorate durante il periodo di sospensione, a fronte della conservazione del posto di lavoro per il medesimo periodo, e di rinunciare pertanto ad ogni pretesa sugli stessi emolumenti in qualsivoglia sede.

Il presente verbale è redatto ai sensi e per gli effetti degli art. 2113 c.c. ultimo c., 411, 412 ter e seguenti c.p.c.; le parti si danno atto che sono state rispettate le procedure conciliative di cui al vigente CCNL di categoria.

Letto, confermato e sottoscritto in data ……..……

La ditta **le OOSS**

i lavoratori