

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:
I operai I impiegati, quadri
I apprendisti I di cui iscritti ooss (segnare solo se CGIL, CISL o UIL)

ai sensi dell'Accordo Regionale del 15.11.2011 e del DM 19.05.09, 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:

A) aver già ricorso alla sospensione o cigs in deroga nel corso del 2011 (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).

B) non aver ricorso alla sospensione o cigs in deroga nel corso del 2011 e pertanto richiede la **consultazione sindacale** per la stipula del relativo accordo tramite la sottoscrizione delle ooss.

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

Privacy : la scrivente azienda, 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)

Entro i seguenti periodi i lavoratori sono a disposizione per il rientro al lavoro anche per singole giornate. Segnalati con un asterisco, a fianco della qualifica, i lavoratori privi dei requisiti per accedere all'indennità INPS

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

