EBAV – FSBA 2020 **Allegato AZ - 2020**

COMUNICAZIONE AVVIO PROCEDURA FSBA

ai sensi art. 7 Accordo Interconfederale Regionale del 14 gennaio 2020

modello da utilizzare a decorrere dal 15 gennaio 2020

Alla Associazione Artigiani **CONFARTIGIANATO IMPRESE VICENZA**
(**Fax** 0444392477 o **Mail** lavoro@confartigianatovicenza.it o **PEC** settore.lavoro@artigiani.vi.legalmail.it)

Alla CGIL di Vicenza (fax 0444567682)
Alla CISL di Vicenza (fax 0444547361)
Alla UIL di Vicenza (fax 0444962819)

Oggetto: comunicazione avvio procedura consultazione sindacale art. 7 A.I. Veneto 14 gennaio 2020 per prestazioni FSBA

La scrivente impresa _____ sita nel Comune di _____ in via _____ n__ tel. _____ fax _____ P. IVA_____ Cod. Fisc. _____ Matr. INPS _____ con la presente comunica alle OOSS ed ad una A.A. l'attivazione della procedura per la stipula del verbale di accordo sindacale finalizzato alla richiesta di una delle seguenti prestazioni:

- ☐ **ASSEGNO ORDINARIO FSBA**
- ☐ PRESTAZIONE EBAV LAVORANTI A DOMICILIO SOSPESI PER MANCANZA DI LAVORO (A. I. Veneto 25.06.2018)

Il ricorso alla prestazione FSBA e/o EBAV lavoranti a domicilio è presumibile per il periodo dal ___/___/20____ al __/___/20____ e per un numero di dipendenti pari a ____ ed ai sensi della normativa vigente è dovuto:
(*Cancellare l'ipotesi che non ricorre)*

- o da situazione aziendale dovuta da eventi transitori non imputabili all'impresa o ai dipendenti
- o situazioni temporanee di mercato

- ☐ **ASSEGNO DI SOLIDARIETÀ FSBA**

L'azienda, al fine di evitare la riduzione di personale dovute a _____ _____, chiede l'accesso all'assegno di solidarietà per un n° _____ lavoratori interessati, per il periodo dal ___/___/20____ al __/___/20____ e con una riduzione dell'orario di lavoro nella percentuale del _____

L'organico aziendale è il seguente:

operai	N°	impiegati	N°	apprendisti	N°	Lavoranti a domicilio	N°	totale	N°

L'azienda dichiara:

1. che è in regola con la contribuzione dovuta a FSBA e che ha titolo alla richiesta delle prestazioni FSBA in quanto non rientra nel campo di applicazione del Titolo I del d.lgs. 14 settembre 2015, n. 148;
2. di aderire/non aderire ad EBAV (*barrare l'ipotesi che non ricorre*)
3. di applicare il seguente contratto collettivo: _____
4. che i dipendenti interessati alla sospensione/riduzione hanno un'anzianità aziendale superiore ai 90 giorni;
5. che ha svolto in precedenza una procedura per FSBA con le seguenti OOSS: _____
6. di dare la propria disponibilità all'intervento di Fondartigianato, così come previsto nell'Offerta Formativa, per la realizzazione di attività di formazione continua del fondo stesso;

Per ogni ulteriore richiesta vi preghiamo di contattare il/la sig./ra _____ dello Studio/associazione _____ telefono _____ fax _____
Si autorizza altresì il trattamento dei dati sopra indicati per la finalità in oggetto il tutto ai sensi del D.lgs.196/2003 e del Regolamento UE 2016/679.

Distinti saluti

Località_____ data _____

L'IMPRESA
(firma titolare / legale rappresentante)