

INFORMATIVA PER UTILIZZO INTEGRAZIONE AL REDDITO AI SENSI DELL' ART. 2 D.L. 28/10/2024, N. 160.

Alla Associazione Artigiani Provinciale _____ (PEC)

Alla CGIL di _____ (PEC)

Alla CISL di _____ (PEC)

Alla UIL di _____ (PEC)

La scrivente impresa _____
sita nel Comune di _____ in via _____ n. _____
tel. _____ P. IVA/Cod. Fisc. _____ Matr. INPS _____ CSC _____
nella persona di _____ in qualità di titolare/legale rappresentante

con la presente comunica alle OO.SS. (e ad una A.A.) l'attivazione della procedura di informazione e consultazione sindacale finalizzata alla richiesta del Trattamento di integrazione al reddito (cassa integrazione in deroga) erogato dall' INPS ai sensi dell'art. 2, del D.L. n.160 del 28 ottobre 2024 e della Circ. Inps n. 99 del 26 novembre 2024

L'organico aziendale è il seguente:

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

Il ricorso al trattamento di integrazione al reddito riguarderà il periodo dal ____/____/____ al ____/____/____¹ e per un numero di dipendenti pari a _____ come da elenco riportato in calce alla presente

L'impresa dichiara:

- di essere in regola con la contribuzione dovuta a FSBA e di non rientrare nel campo di applicazione del Titolo I del d.lgs. 14 settembre 2015, n. 148;
- di avere una forza occupazionale media inferiore o pari a 15 dipendenti nel semestre precedente la presentazione della domanda di accesso all'integrazione al reddito;
- di aver già raggiunto i limiti di durata massima di utilizzo dell'Assegno di Interazione Salariale riconosciuto da FSBA;
- di aderire/non aderire ad EBAV (*barrare l'ipotesi che non ricorre*)
- che la propria attività rientra nel codice ATECO _____, con CSC _____
- di applicare il seguente contratto collettivo: _____
- che i dipendenti interessati alla sospensione/riduzione soddisfano il requisito soggettivo dell'anzianità aziendale previsto dalla normativa vigente;
- che ha svolto da ultimo per periodi fino al _____ una procedura per FSBA con le seguenti OOS;
- che invierà comunicazione a FSBA, tramite dichiarazione resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000 indicando il periodo della richiesta della misura oggetto della domanda

Per ogni ulteriore richiesta vi preghiamo di contattare il/la sig./ra _____ dello Studio/Associazione _____ telefono _____ e-mail _____

Si autorizza altresì il trattamento dei dati sopra indicati per la finalità in oggetto il tutto ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679.

Distinti saluti

Località _____ data _____

L'IMPRESA (timbro e firma)

¹ Il periodo richiedibile è di massimo 9 settimane dal 29 ottobre 2024 al 31 dicembre 2024.

ELENCO LAVORATORI
Periodo di sospensione previsto

[illegible]

L'IMPRESA (Timbro e firma)