

COMUNICAZIONE AVVIO PROCEDURA FSBA

ai sensi art.8 accordo interconfederale regionale del 9 ottobre 2017

Alla Associazione Artigiani _____ di _____ (fax.....mail.....ecc)
(inserire la denominazione)

Alla CGIL di _____ (fax.....mail.....ecc)

Alla CISL di _____ (fax.....mail.....ecc)

Alla UIL di _____ (fax.....mail.....ecc)

Oggetto: comunicazione avvio procedura ex art.8 A.I. Veneto 9.10.2017 per utilizzo 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 FSBA:

ASSEGNO ORDINARIO

Il ricorso alle prestazioni FSBA è presumibile per il periodo dal ___/___/20___ al ___/___/20___ e per un numero di dipendenti pari a _____
(cancellare l'ipotesi che non ricorre)

a) da situazione aziendale dovuta da eventi transitori non imputabili all'impresa o ai dipendenti

b) situazioni temporanee di mercato

ASSEGNO DI SOLIDARIETA'

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 _____ impiegati _____ apprendisti _____ TOTALE _____

L'azienda dichiara:

- 1) che è in regola con la contribuzione dovuta a FSBA dal 1° gennaio 2016 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 avere utilizzato gli strumenti ordinari di flessibilità, ivi compresa la fruizione delle ferie residue dell'anno precedente.
- 3) di aderire /non aderire ad Ebav (barrare l'ipotesi che non ricorre).
- 4) di applicare il seguente contratto collettivo: _____
- 5) che i dipendenti interessati alla sospensione riduzione hanno un'anzianità aziendale superiore ai 90 giorni,
- 6) che ha svolto in precedenza una procedura per la CIG In deroga con le seguenti OOSS: _____

Per ogni ulteriore richiesta vi preghiamo di contattare il/la sig./ra _____ dello Studio/associazione _____ telefono _____ fax _____

Autorizziamo altresì il trattamento dei dati sopra indicati per la finalità in oggetto il tutto ai sensi del D.lgs.196/2003

Distinti saluti

Località..... data/...../20.....

L'IMPRESA
(firma titolare / legale rappresentante)