



**VERBALE DI ACCORDO SINDACALE PER L'EROGAZIONE
DELLA PRESTAZIONE COVID-19 "CORONAVIRUS"
DI CUI ALL'ACCORDO INTERCONFEDERALE 26/02/2020**

Il giorno ____ | ____ | ____ si sono incontrati:

▪ L'impresa

con sede in _____ cap _____

Via/Piazza _____ n. _____

Tel. ____ / ____ / ____ Fax ____ / ____ / ____

E-mail _____ PEC _____

C. F. _____ P. Iva _____ Matr. INPS _____

CCNL applicato _____ con n. dipendenti _____

SE DITTA INDIVIDUALE, DATI FISCALI DEL TITOLARE:

Cognome e Nome _____

nato a _____ prov. ____ il ____ / ____ / ____

residente in _____ cap _____

via/piazza _____ n. _____

C.F. _____ E-mail _____

rappresentata dal Sig. _____ in qualità di legale rappresentante;

Cognome e Nome

In qualità di

OO.AA. – OO.SS.

▪ Sig. _____ in rappresentanza dell'Associazione Artigiana

▪ Sig. _____ RSA/RSU

▪ Sig. _____ Rappresentante Sindacale di Bacino

▪ Sig. _____ Rappresentante Sindacale di Bacino

▪ Sig. _____ Rappresentante Sindacale di Bacino



PREMESSO CHE

- che l'impresa ha comunicato la volontà di sospendere/ridurre l'attività per il periodo che va dal ____|____|____ al ____|____|____ a seguito di: **CORONAVIRUS**
- che l'impresa dichiara un'anzianità aziendale dei dipendenti oggetto di sospensione dell'orario almeno precedente al 25 marzo 2020;
- che l'azienda ha titolo ad avere per i propri dipendenti accesso ai trattamenti di integrazione salariale previsti in quanto esclusi dal Titolo I del d.lgs. 14 settembre 2015, n. 148;

SI CONVIENE E SI STIPULA

- di sospendere l'attività di n. ____ dipendenti
- di ridurre l'attività per n. ____ dipendenti

conformemente a quanto richiesto nella domanda di sospensione dell'orario di lavoro dei lavoratori da inviare (tramite piattaforma informatica) da parte dell'impresa o suo intermediario, a FSBA insieme al presente verbale (art. 8 regolamento FSBA).

Per accettazione

_____, li ____|____|____

Timbro e firma Azienda

La Rappresentanza Datoriale

La Rappresentanza Sindacale



SCHEDA LAVORATORI

Cognome e Nome _____ C.F. _____ Data di nascita ____|____|_____

Comune o Stato Estero di nascita _____ Residente in _____

Via _____ Cap _____ Prov. _____

Data inizio sospensione/riduzione ____|____|_____ Data fine sospensione/riduzione ____|____|_____

Orario settimanale _____ n. giorni settimana lavorativa _____

Cognome e Nome _____ C.F. _____ Data di nascita ____|____|_____

Comune o Stato Estero di nascita _____ Residente in _____

Via _____ Cap _____ Prov. _____

Data inizio sospensione/riduzione ____|____|_____ Data fine sospensione/riduzione ____|____|_____

Orario settimanale _____ n. giorni settimana lavorativa _____

Cognome e Nome _____ C.F. _____ Data di nascita ____|____|_____

Comune o Stato Estero di nascita _____ Residente in _____

Via _____ Cap _____ Prov. _____

Data inizio sospensione/riduzione ____|____|_____ Data fine sospensione/riduzione ____|____|_____

Orario settimanale _____ n. giorni settimana lavorativa _____

Cognome e Nome _____ C.F. _____ Data di nascita ____|____|_____

Comune o Stato Estero di nascita _____ Residente in _____

Via _____ Cap _____ Prov. _____

Data inizio sospensione/riduzione ____|____|_____ Data fine sospensione/riduzione ____|____|_____

Orario settimanale _____ n. giorni settimana lavorativa _____



AUTODICHIARAZIONE AZIENDA CONNESSIONE CORONAVIRUS

_____, li ____ | ____ | ____

Timbro e firma dell'Impresa
