

**ENTE BILATERALE REGIONALE \_\_\_\_\_ - FSBA**

**Verbale di accordo sindacale per  
l'erogazione della prestazione  
ASSEGNO ORDINARIO  
(D.L. 148/2015)**

Il giorno \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ si sono incontrati:

L'impresa \_\_\_\_\_ avente sede in \_\_\_\_\_  
via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_  
cap \_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_ cod. fisc. \_\_\_\_\_  
partita iva \_\_\_\_\_ matricola INPS \_\_\_\_\_ CCNL \_\_\_\_\_  
con numero di dipendenti \_\_\_\_

se ditta individuale dati fiscali del titolare nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_  
cap \_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_ cod. fisc. \_\_\_\_\_  
partita iva \_\_\_\_\_ matricola INPS \_\_\_\_\_ CCNL \_\_\_\_\_  
con numero di dipendenti \_\_\_\_

rappresentata da \_\_\_\_\_, in qualità di legale rappresentante

- La/le Parte Sociale Datoriale competente per territorio, nella persona di (nome, cognome, OO.AA.)

\_\_\_\_\_

- Il/I Rappresentante Sindacale di Bacino, RSA o RSU nella/e persona/e di (nome, cognome, OO.SS.)

\_\_\_\_\_

**PREMESSO**

- che l'impresa dichiara un'anzianità aziendale dei dipendenti oggetto di sospensione dell'orario almeno di 90 giorni;

- 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;

- che l'Impresa ha comunicato la volontà di sospendere/ridurre l'attività per il mese di \_\_\_\_\_  
a seguito di:

situazione aziendale dovuta ad eventi transitori non imputabile all'impresa o ai dipendenti, ivi comprese le situazioni climatiche (in tal caso l'accordo può essere anche successivo all'evento);

situazioni temporanee di mercato;

- che il presente Accordo ha validità per il numero di giorni del mese di competenza indicato.

## SI CONVIENE E SI STIPULA

- di sospendere/ridurre l'attività di 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 dell'IMPRESA

\_\_\_\_\_

**La Rappresentanza Datoriale**

\_\_\_\_\_

**La Rappresentanza Sindacale**

\_\_\_\_\_

**SCHEMA LAVORATORI**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Data Nascita
Comune o stato di nascita	Comune di residenza	Via	Provincia
Data Inizio	Data Fine	Orario Settimanale	Giornate Settimanale
IBAN	Indirizzo mail	Cellulare	Data di assunzione

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Data Nascita
Comune o stato di nascita	Comune di residenza	Via	Provincia
Data Inizio	Data Fine	Orario Settimanale	Giornate Settimanale
IBAN	Indirizzo mail	Cellulare	Data di assunzione

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Data Nascita
Comune o stato di nascita	Comune di residenza	Via	Provincia
Data Inizio	Data Fine	Orario Settimanale	Giornate Settimanale
IBAN	Indirizzo mail	Cellulare	Data di assunzione

**RELAZIONE DELL'AZIENDA - DESCRIZIONE CAUSALE**

---

---

---

---

---

---

---

---

Timbro e firma dell'IMPRESA

---

**EVENTUALI ULTEIRORI ALLEGATI DEFINITI DA CIASCUN EBT**