

• Sig. OO.SS. U.I.L.

- LA/LE PARTE SOCIALE DATORIALE COMPETENTE PER TERRITORIO, NELLA PERSONA DI
 - CASTELLI MATTEO (CNA)
 - RUOZI LUCIANO (CONF)
- IL/I RAPPRESENTANTE SINDACALE DI BACINO, RSA O RSU NELLA/E PERSONA/E DI
 - DE SIMONE MARCO (CGIL)
 - DEL FABBRO MICHELE (CISL)
 - PELATI GIANCARLO (UIL)

PREMESSO

- che l'Impresa ha comunicato la volontà di sospendere l'attività per il periodo che va dal 11/03/2020 al 31/03/2020 a seguito di
 - Situazione aziendale dovuta ad eventi transitori non imputabili all'impresa o ai dipendenti
 - Situazioni temporanee di mercato
- che l'impresa dichiara un'anzianità aziendale dei dipendenti oggetto di sospensione dell'orario di almeno 90 giorni di calendario dalla data di richiesta della prestazione;
- che l'impresa è in regola con la contribuzione dovuta da parte dell'azienda a FSBA negli ultimi 36 mesi e si impegna a fornire, su richiesta di EBER/FSBA documentazione attestante
- 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 si dichiara disponibile ad utilizzare i piani di formazione di Fondartigiano;

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

In applicazione del vigente C.C.N.L. di sospendere l'attività di n°5 dipendenti dal 11/03/2020 al 31/03/2020, conformemente a quanto richiesto nella domanda di sospensione dell'orario di lavoro dei lavoratori da inviare (tramite piattaforma informatica) da parte dell'impresa e/o da associazione delegata all'Ente Bilaterale Regionale insieme al presente verbale (art. 8 regolamento FSBA) con le seguenti eventuali modalità

Sospensione a zero ore a causa di chiusura obbligata da dpcm 11032020 . Granziamo la maturazione di ratei e TFR integrale.

1. Qualora si presentasse la necessità di soddisfare esigenze temporanee di maggior lavoro tali da comportare in aumento una variazione dell'orario concordato, l'impresa attuerà tale variazione interessando i lavoratori nel numero, nei nominativi e per il tempo necessario per portare a termine tale maggior lavoro. I rientri non previsti potranno essere effettuati solo per giornate intere. La variazione verrà realizzata tramite comunicazione preventiva alle parti firmatarie.
2. Nel caso in cui si presentasse, nel periodo considerato una repentina, definitiva e completa ripresa dell'attività aziendale, previa comunicazione alle organizzazioni sindacali territoriali, i lavoratori interessati al provvedimento di sospensione sono tenuti a ripresentarsi al posto di lavoro mediante comunicazione preventiva di almeno 24 ore.
3. L'impresa prende atto che i regolamenti prevedono al termine della sospensione la ripresa delle attività produttive aziendali.
4. Si conviene che, per i lavoratori interessati alla sospensione in oggetto, si fa riferimento a quanto previsto dal CCNL in vigore in merito alla maturazione dei ratei di retribuzione indiretta o differita.
5. Nel caso in cui le somme a carico di FSBA, non fossero sufficienti a coprire l'intero ammontare delle richieste, queste saranno soddisfatte fino a concorrenza degli importi stanziati.
6. L'impresa è tenuta a corrispondere ai dipendenti interessati quanto ricevuto da FSBA per il tramite di EBER per i conteggi presentati, inserendo l'importo a libro paga.
7. L'impresa dichiara di avere, direttamente o per il tramite della propria Associazione, preavvisato dell'incontro le tre Organizzazioni sindacali dei lavoratori

CGIL CIMMINO VINCENZO CISL del fabbro michele UIL pelati giancarlo
8. Le prestazioni saranno erogate sulla base di quanto comunicato e ammesso da EBER/FSBA. I periodi indennizzati saranno comunicati a INPS per i relativi riscontri
9. L'impresa si impegna a corrispondere ai lavoratori l'intera retribuzione relativa al periodo di sospensione dell'attività, prevista per il presente accordo, qualora FSBA neghi le proprie provvidenze per inottemperanza ai regolamenti o violazione dei medesimi.
10. Con il presente accordo l'Impresa viene sollevata da ogni obbligo salariale per tutto il periodo in cui ha effetto il presente accordo di sospensione dell'attività lavorativa. Le somme corrisposte da FSBA, per il tramite di EBER, sono soggette a ritenuta Fiscale. La contribuzione correlata prevista dall'art. 34 Dlgs 148/2015 sarà versata da FSBA in base ai calcoli indicati da INPS e comunicata attraverso i canali previsti
11. Durante il periodo di sospensione i lavoratori inseriti in accordo potranno trovare un'occupazione temporanea alternativa presso altra impresa, informando tempestivamente (prima dell'inizio dell'occupazione alternativa) l'attuale datore di lavoro, che comunicherà ad EBER il nominativo del lavoratore e il periodo. Per detto periodo il lavoratore non potrà essere rendicontato in sospensione.
12. IL DATORE DI LAVORO, CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE CIVILI E/ PENALI PREVISTE PER COLORO CHE RENDONO ATTESTAZIONI FALSE, DICHIARA CHE LE NOTIZIE FORNITE RISPONDONO A VERITÀ E SONO CONFORMI

ALLA DOCUMENTAZIONE CONSERVATA AGLI ATTI.

PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG. UE 679/2016 - GDPR

In relazione ai dati personali ed alle informazioni contenuti nel presente atto, si informa che gli stessi saranno trattati esclusivamente per le finalità connesse all'esecuzione delle prestazioni richieste e agli adempimenti, anche normativi, inerenti e connessi; il trattamento avrà durata per il tempo necessario all'espletamento delle attività istituzionalmente previste e, successivamente, per consentire la gestione e l'archiviazione in ottemperanza agli obblighi di legge vigenti. Restano fermi, nei confronti dell'Impresa richiedente (Titolare del trattamento), gli specifici obblighi informativi nei confronti dei propri dipendenti ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 - GDPR

LAVORATORI DIPENDENTI COINVOLTI

[REDACTED]		[REDACTED]	
(Cognome e nome)		(Codice fiscale)	
[REDACTED]		[REDACTED]	
(Data di nascita)	(Comune o Stato estero di nascita)	(Cittadinanza)	
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	
(Indirizzo e numero civico)		(Provincia)	
[REDACTED]		[REDACTED]	
(Comune)			(CAP)
(Telefono)	(Cellulare)	(Email)	
05/04/2019	OPERAIO		39
(Data assunzione)	(Qualifica)	(Orario settimanale di lavoro)	
11/03/2020	31/03/2020		
(Inizio sospensione)	(Fine sospensione)	(Firma)	
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	
(Cognome e nome)		(Codice fiscale)	
[REDACTED]		[REDACTED]	
(Data di nascita)	(Comune o Stato estero di nascita)	(Cittadinanza)	
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	
(Indirizzo e numero civico)		(Provincia)	
[REDACTED]		[REDACTED]	
(Comune)			(CAP)
(Telefono)	(Cellulare)	(Email)	
03/05/2016	OPERAIO		30
(Data assunzione)	(Qualifica)	(Orario settimanale di lavoro)	
11/03/2020	31/03/2020		
(Inizio sospensione)	(Fine sospensione)	(Firma)	
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	

[REDACTED]		[REDACTED]	
(Cognome e nome)		(Codice fiscale)	
[REDACTED]		[REDACTED]	
(Data di nascita)	(Comune o Stato estero di nascita)	(Cittadinanza)	
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	
(Indirizzo e numero civico)		(Provincia)	
[REDACTED]		[REDACTED]	
(Comune)		(CAP)	
(Telefono)	(Cellulare)	(Email)	
17/10/2019	OPERAIO	39	
(Data assunzione)	(Qualifica)	(Orario settimanale di lavoro)	
11/03/2020	31/03/2020		
(Inizio sospensione)	(Fine sospensione)	(Firma)	
[REDACTED]	[REDACTED]		
(Cognome e nome)		(Codice fiscale)	
[REDACTED]		[REDACTED]	
(Data di nascita)	(Comune o Stato estero di nascita)	(Cittadinanza)	
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	
(Indirizzo e numero civico)		(Provincia)	
[REDACTED]		[REDACTED]	
(Comune)		(CAP)	
(Telefono)	(Cellulare)	(Email)	
17/10/2019	OPERAIO	39	
(Data assunzione)	(Qualifica)	(Orario settimanale di lavoro)	
11/03/2020	31/03/2020		
(Inizio sospensione)	(Fine sospensione)	(Firma)	
[REDACTED]	[REDACTED]		
(Cognome e nome)		(Codice fiscale)	
[REDACTED]		[REDACTED]	
(Data di nascita)	(Comune o Stato estero di nascita)	(Cittadinanza)	
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	
(Indirizzo e numero civico)		(Provincia)	
[REDACTED]		[REDACTED]	
(Comune)		(CAP)	
(Telefono)	(Cellulare)	(Email)	
01/10/2019	OPERAIO	30	
(Data assunzione)	(Qualifica)	(Orario settimanale di lavoro)	
11/03/2020	31/03/2020		
(Inizio sospensione)	(Fine sospensione)	(Firma)	
[REDACTED]	[REDACTED]		

Titolare dell'Impresa

(Timbro e firma)

La Rappresentanza Datoriale

(Timbro e firma)

Le Rappresentanze Sindacali

(Timbro e firma)



Archivio Storico Cisl Emilia Centrale
portaledellacontrattazione.it





FONDO DI SOLIDARIETÀ BILATERALE
PER L'ARTIGIANATO

Accordo di Sospensione (Assegno Ordinario)

Informazione

Nel quadro delle politiche attive a beneficio dei lavoratori promosse da **Fondartigianato** - il Fondo interprofessionale per la formazione continua nell'artigianato e nelle PMI, è stato previsto con l'invito 3 – 2017 il finanziamento di attività formative ad integrazione degli interventi di sostegno al reddito resi da **FSBA** - Fondo di Solidarietà Bilaterale per l'Artigianato. A tale scopo Fondartigianato ha reso disponibile una dotazione finanziaria pari a 2,5 milioni di euro in tutta Italia di cui 720.000 euro in Emilia Romagna.

Per usufruire di questa opportunità è necessario che l'azienda:

- sia aderente a Fondartigianato. L'adesione non prevede costi aggiuntivi in quanto si destina al Fondo una quota dei contributi dell'assicurazione contro la disoccupazione involontaria (il cosiddetto 0,30%), che per legge viene obbligatoriamente versata all'INPS. Per aderire in fase di compilazione della "Denuncia Aziendale" (ex Mod.DM10/2) basta riempire l'opzione relativa all'Adesione ai Fondi Interprofessionali selezionando il codice "FART" indicando il numero dei dipendenti interessati all'obbligo contributivo. Se si è aderenti ad altro Fondo occorre prima revocare l'adesione compilando REVO e il codice del Fondo.
- predisponga direttamente o per il tramite di un'agenzia formativa accreditata presso la Regione Emilia-Romagna un progetto formativo. Il progetto va presentato a Fondartigianato durante il periodo di utilizzo delle prestazioni di sostegno al reddito erogate da FSBA o entro e non oltre i 6 mesi successivi.

Dichiarazione di interesse

Con la presente il sottoscritto **PETRUZZI ADRIANO** in qualità di legale rappresentante dell'Azienda **FP LOGISTICS SRL SEMPLIFICATA** matricola INPS [REDACTED] **dichiara** il proprio interesse alla realizzazione delle attività formative di Fondartigianato.

Luogo e data

In fede
