



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

**Ente
Bilaterale
Emilia Romagna**

COVID-19

ENTE BILATERALE REGIONALE EMILIA ROMAGNA / FSBA

IL GIORNO 19/03/2020, SI SONO INCONTRATI:

L'IMPRESA ARTIGIANA S.R.L. ARAGONA TRASPORTI SRL

AVENTE SEDE IN TOANO VIA SANDRO PERTINI n°37, CAP. 42010 Provincia di Reggio nell'Emilia

TELEFONO 3387532693 EMAIL salvatore-spoto@libero.it

CODICE FISCALE DELL'IMPRESA 02848590358 PARTITA IVA 02848590358

POSIZIONE INPS N° ██████████ CODICE STATISTICO CONTRIBUTIVO (CSC) N° 41501

SEDE INPS DOVE L'IMPRESA ACCENTRA I CONTRIBUTI

CODICE ATECO-CLASSIFICAZIONE 2007 (CODICE IMPORTANZA "A") 49

(EVIDENZIATO IN VISURA CAMERALE)

CCNL APPLICATO:

C.C.N.L. PER I DIPENDENTI DALLE IMPRESE DI SPEDIZIONE, ANCHE SE DENOMINATE TRANSITARIE E DOGANALI, DALLE AZIENDE ESERCENTI L'AUTOTRASPORTO DI MERCE SU STRADA PER CONTO TERZI, DALLE IMPRESE DI SERVIZI AUSILIARI DEL TRASPORTO NONCHÉ DALLE AGENZIE MARITTIME E RACCOMANDATARIE, AGENZIE AEREE E PUBBLICI MEDIATORI MARITTIMI CHE ESERCITANO TALI ATTIVITÀ PROMISCUAMENTE A QUELLA DI SPEDIZIONE.

CON N. 3 DIPENDENTI ALLA DATA ODIERNA

ESERCENTE L'ATTIVITÀ DI TRASPORTI

SE DITTA INDIVIDUALE DATI FISCALI DEL TITOLARE

NATO A IL

RESIDENTE IN CAP PROV.

TELEFONO FAX EMAIL

CODICE FISCALE PARTITA IVA

MATRICOLA INPS

CCNL

CON N. DIPENDENTI ALLA DATA ODIERNA

RAPPRESENTATA DAL SIG. SPOTO SALVATORE IN QUALITÀ DI LEGALE RAPPRESENTANTE

ASSISTITA DA STUDIO SCARFONE SAS DI SCARFONE GIUSEPPE & CO. QUI NELLA PERSONA DEL SIG. SCARFONE GIUSEPPE

MAIL studioscarfonpaghe@gmail.com

TEL. 0522272707

FAX 0522744446

- I LAVORATORI DELLA STESSA E LE OO.SS. RAPPRESENTATE NELLA/E PERSONA/E DI:

- SIG. OO.SS. C.G.I.L.
- SIG. OO.SS. C.I.S.L.
- 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 19/03/2020 al 31/03/2020 a seguito di
 - [X] Covid-19
- che l'impresa allega un'autodichiarazione delle connessioni con il CORONAVIRUS
- che l'impresa dichiara che i lavoratori oggetto di sospensione risultano assunti antecedentemente la data del 26/02/2020
- 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 Fondartigianato;

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

In applicazione del vigente C.C.N.L. di sospendere l'attività di n°3 dipendenti dal 19/03/2020 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'

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 irene greco

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

██████████		██████████	
(Cognome e nome)		(Codice fiscale)	
██████████	██████████	██████████	
(Data di nascita)	(Comune o Stato estero di nascita)	(Cittadinanza)	
██████████	██████████	██████████	
(Indirizzo e numero civico)		(Provincia)	
██████████		██████████	
(Comune)		(CAP)	
(Telefono)	(Cellulare)	(Email)	
05/08/2019	OPERAIO	40	
(Data assunzione)	(Qualifica)	(Orario settimanale di lavoro)	
19/03/2020	31/03/2020		
(Inizio sospensione)	(Fine sospensione)	(Firma)	

[REDACTED]		[REDACTED]	
(Cognome e nome)		(Codice fiscale)	
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	
(Data di nascita)	(Comune o Stato estero di nascita)	(Cittadinanza)	
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	
(Indirizzo e numero civico)		(Provincia)	
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	
(Comune)		(CAP)	
(Telefono)	(Cellulare)	(Email)	
02/09/2019	OPERAIO		40
(Data assunzione)	(Qualifica)	(Orario settimanale di lavoro)	
19/03/2020	31/03/2020		
(Inizio sospensione)	(Fine sospensione)	(Firma)	
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	
(Cognome e nome)		(Codice fiscale)	
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	
(Data di nascita)	(Comune o Stato estero di nascita)	(Cittadinanza)	
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	
(Indirizzo e numero civico)		(Provincia)	
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	
(Comune)		(CAP)	
(Telefono)	(Cellulare)	(Email)	
02/09/2019	OPERAIO		40
(Data assunzione)	(Qualifica)	(Orario settimanale di lavoro)	
19/03/2020	31/03/2020		
(Inizio sospensione)	(Fine sospensione)	(Firma)	

li, _____

Titolare dell'Impresa

(Timbro e firma)

La Rappresentanza Datoriale

Le Rappresentanze Sindacali

(Timbro e firma)

(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 **SPOTO SALVATORE** in qualità di legale rappresentante dell'Azienda **S.R.L. ARAGONA TRASPORTI SRL** matricola INPS [REDACTED] **dichiara** il proprio interesse alla realizzazione delle attività formative di Fondartigianato.

Luogo e data

In fede
