



ACCORDO DI SOSPENSIONE 2010

Accordo Aziendale per sospensione dell'attività lavorativa per crisi congiunturale
Per l'accesso alle prestazioni erogate dall' EBAP in concorso con l'indennità di disoccupazione erogata
dall'INPS (art. 19 legge 28.01.2009 n° 2 e successiva legge 9.04.2009 n° 33)

RISERVATO EBAP- data arrivo..... Prot. EBAP.....cod.

Presso la sede UGB di sede Aziendale di.....

In data

PREMESSO CHE

L'impresa artigiana.....

Titolare/legale rappresentante Sig.....**C.F.**.....

Posizione INPS n°.....Cod.Stat.Contr.(CSC)n°.....

Tel.....sita in.....Prov.....

Via.....N°.....CAP.....

Esercente l'attività di.....

CCNL applicato.....con N°.Dip.....

Assistita da.....Tel.....Fax.....E-MAIL.....

Coordinate bancarie per l'accredito (si richiede la compilazione completa):

IBAN COORDINATE BANCARIE INTERNAZIONALI (27 caratteri alfanumerici)						
PAESE	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	CONTO CORRENTE	

Così come Comunicato in data..... con l'allegata nota alla sede Territorialmente competente della Unità Gestionale di Bacino (UGB) e alla sede regionale EBAP Puglia si trova momentaneamente in crisi produttiva riconducibile a **(segnare con una x una delle seguenti voci)**

1. Crisi di mercati, comprovata dall'andamento negativo ovvero involutivo degli indicatori economico finanziari aziendali complessivamente considerati.
2. Mancanza di lavoro, di commesse o di ordini.
3. Mancanza di materie prime non dipendente da inadempienze contrattuali dell'azienda o da inerzia del datore di lavoro.
4. Contrazione di attività non dipendente da inadempienze contrattuali dell'azienda o da inerzia del datore di lavoro.
5. Sospensione o contrazione dell'attività lavorativa in funzione di scelte economiche, produttive o organizzative dell'impresa che esercita l'influsso gestionale prevalente.
6. Eventi improvvisi e imprevisi quali: incendio, calamità naturali, condizioni meteorologiche incerte. (evento forza maggiore).
7. Ritardi pagamenti oltre 150 giorni in caso di appalti o forniture verso la Pubblica Amministrazione.

Si sottoscrive e concorda il presente accordo alla presenza

Dei lavoratori della stessa e le OO.SS. rappresentate nella/e persona/e di :

- Sig.....OO.SS.....
- Sig.....OO.SS.....
- Sig.....OO.SS.....

di seguito specificato :

1. Al fine di far fronte alla attuale sfavorevole congiuntura, si ipotizza per N.....lavoratori, di effettuare un periodo di sospensione della attività lavorativa richiedendo il contemporaneo intervento a favore dei lavoratori interessati delle provvidenze previste dall'EBAP in caso di sospensione delle attività lavorative per le aziende ad essa aderenti in concorso con la indennità di disoccupazione erogata dall'INPS.

DAL.....AL.....(PERIODO COMPLESSIVO max 90 gg)

**I nominativi e i dati relativi ai lavoratori interessati sono riportati in calce al presente accordo.
Gli stessi rilasceranno immediata disponibilità al lavoro o a percorsi lavorativi di riqualificazione professionale**

- 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 riduzione sono tenuti a ripresentarsi al posto di lavoro mediante comunicazione preventiva di almeno 24 ore.
- 3. Nel caso in cui la situazione aziendale presenti variazioni delle condizioni inizialmente ipotizzate diverse da quanto previsto al punto 1, le parti si incontreranno per valutare la situazione determinatasi.
- 4. Si conviene che, per i lavoratori interessati alla riduzione o 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 del Fondo Sostegno al Reddito, non fossero sufficienti a coprire l'intero ammontare delle richieste, queste saranno soddisfatte facendo riferimento alla data di presentazione delle domande.
- 6. L'impresa si impegna a comunicare mensilmente per l'intera durata della sospensione prevista, su apposita modulistica in allegato (**mod. AS MENS**), entro e non oltre il 25° giorno del mese successivo l'effettiva sospensione i dati relativi dei lavoratori, la retribuzione di fatto a base del calcolo delle provvidenze previste dall'attuale regolamento EBAP. L'impresa si impegna a rimborsare ai dipendenti interessati quanto dovuto, inserendo l'importo erogato dall'EBAP in busta paga dei propri dipendenti. Le somme dovranno essere assoggettate esclusivamente a ritenuta fiscale e non costituiscono base imponibile ai fini previdenziali ed assistenziali in considerazione dell'assoggettamento già effettuato sui versamenti al Fondo Sostegno al Reddito ai sensi del 2° comma art.9 bis L. 1/6/91 n° 166. **Sarà altresì cura dell'azienda inviare mensilmente alla sede Regionale dell'EBAP copia della busta paga sottoscritta dal dipendente percettore dell'intervento integrativo.**
- 7. L'impresa dichiara di aver effettuato i versamenti delle quote di adesione nei tempi indicati.
- 8. L'impresa si impegna a corrispondere ai lavoratori l'intera retribuzione relativa al periodo di sospensione o riduzione dell'attività, qualora non abbia ottemperato, nei tempi e nei modi indicati, ai versamenti previsti a favore del Fondo Sostegno al Reddito.
- 9. Con il presente accordo l'impresa viene sollevata da ogni obbligo salariale e contributivo per tutto il periodo in cui ha effetto il presente Accordo di riduzione dell'attività lavorativa.

Da parte sua l'impresa è tenuta a predisporre tutta la documentazione idonea per consentire al lavoratore di percepire il contributo a carico del Fondo di Sostegno al Reddito, il trattamento di disoccupazione ordinaria se spettante o quant'altro previsto da leggi inerenti il problema specifico.

**Nota per i soggetti identificati come impresa e lavoratori
Consenso Rilasciato al Fondo di Sostegno al Reddito per il trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs n.196/03**

L'impresa e i lavoratori dipendenti, in riferimento ai dati contenuti nel presente Accordo, dichiarano, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs 196/03 e successive modifiche ed integrazioni, di aver attentamente letto l'informativa fornita e acconsentono, consapevolmente e liberamente, alla raccolta, trattamento, comunicazione e diffusione dei dati personali ed aziendali, eventualmente anche sensibili, da parte del Fondo Sostegno al Reddito. **La sottoscrizione dell'Accordo è da intendersi pertanto valida anche per il consenso previsto dal D.Lgs. 196/03 e successive modifiche ed integrazioni, così come sopra specificato.**

Letto, confermato, sottoscritto.

.....Lì.....

IMPRESA

OO.AA

OO.SS.

LAVORATORI

NOME E COGNOMEVIA.....N.....

CITTÀ.....N. TELEF.....COD. FISC.....FIRMA.....

NOME E COGNOMEVIA.....N.....

CITTÀ.....N. TELEF.....COD. FISC.....FIRMA.....

NOME E COGNOMEVIA.....N.....

CITTÀ.....N. TELEF.....COD. FISC.....FIRMA.....

NOME E COGNOMEVIA.....N.....

CITTÀ.....N. TELEF.....COD. FISC.....FIRMA.....

NOME E COGNOMEVIA.....N.....

CITTÀ.....N. TELEF.....COD. FISC.....FIRMA.....

NOME E COGNOMEVIA.....N.....

CITTÀ.....N. TELEF.....COD. FISC.....FIRMA.....

NOME E COGNOMEVIA.....N.....

CITTÀ.....N. TELEF.....COD. FISC.....FIRMA.....

NOME E COGNOMEVIA.....N.....

CITTÀ.....N. TELEF.....COD. FISC.....FIRMA.....

NOME E COGNOMEVIA.....N.....

CITTÀ.....N. TELEF.....COD. FISC.....FIRMA.....

**LA COMMISSIONE DI BACINO NELLA RIUNIONE DEL.....HA DELIBERATO
L'APPROVAZIONE DEL PRESENTE ACCORDO DI SOSPENSIONE.**

Unità Gestionale di Bacino

Sottoscrivono le seguenti Organizzazioni operanti nel territorio :

CONFARTIGIANATO.....

CNA.....

CASA.....

CLAAI.....

CGIL.....

CISL.....

UIL.....

“ Ai sensi del D.Lgs n. 196/03 si esprime il consenso al trattamento dei dati personali contenuti nel presente accordo e relativi allegati ed alla loro comunicazione. Si attesta altresì che alla sottoscritta impresa sono state rese mediante consegna di modulo scritto le informazioni previste dal D.Lgs n:196/03 “

Allegati alla domanda :

- Copia ricevuta versamenti dei Mod. F24 attestanti la regolare adesione dell'azienda all'EBAP a partire dal mese di Luglio 2010

Copia della presente va inviata alla sede EBAP della Puglia Via Giuseppe Bozzi , 51 70121 BARI

EVENTUALI

NOTE

.....
.....
.....
.....
.....

SCHEDA RIEPILOGATIVA DATI RETRIBUTIVI PER LA DETERMINAZIONE DEL CONTRIBUTO EBAP A FAVORE DEI DIPENDENTI PER SOSPENSIONE DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA PER CRISI CONGIUNTURALE IN CONCORSO CON L'INDENNITA' DI DISOCCUPAZIONE EROGATA DALL'INPS (ART. 19 LEGGE 28.11.2009 N°2 E SUCCESSIVA LEGGE 09.04.2009 N°33)

L'impresa artigiana..... **Cod. EBAP**..... PROT. EBAP.....
 Titolare/legale rappresentante Sig..... **C.F.**.....
 Posizione INPS n°.....Cod.Stat.Contr.(CSC)n°.....
 Tel.....sita in.....Prov.....
 Via.....CAP.....
 Esercente l'attività di.....
 CCNL applicato.....con N°.Dip.....

Coordinate bancarie per l'accredito (si richiede la compilazione completa):

IBAN COORDINATE BANCARIE INTERNAZIONALI (27 caratteri alfanumerici)										
PAESE	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	CONTO CORRENTE					

Assistita da.....Tel.....Fax.....E MAIL

DATA ACCORDO

PERIODO PREVISTO SOSPENSIONE COMPLESSIVO DAL AL.....(MAX 90 GG.)

COMUNICA I DATI RETRIBUTIVI PER LA DETERMINAZIONE DEL CONTRIBUTO EBAP A FAVORE DEI PROPRI DIPENDENTI PER SOSPENSIONE DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA PER CRISI CONGIUNTURALE IN CONCORSO CON L'INDENNITA' DI DISOCCUPAZIONE EROGATA DALL'INPS (ART. 19 LEGGE 28.11.2009 N°2 E SUCCESSIVA LEGGE 09.04.2009 N°33)

DAL.....AL.....

N°	Nome e Cognome Lavoratore Sospeso	CODICE FISCALE	Qualifica	Giorni lavorativi Sospesi nel mese	Ore totali sospensione Mensile max 174	Retribuzione oraria di fatto rilevata da ultima busta paga	Totale contributo EBAP pari al 20% della retribuzione oraria per le ore di sospensione
TOTALI							

DATA.....

TIMBRO E FIRMA

.....