

PREMESSO CHE

L'impresa Artigiana richiedente è regolarmente iscritta ai fondi gestiti dall' Ente Bilaterale dell' Artigianato Pugliese (EBAP) e che la medesima versa in una situazione di difficoltà congiunturale che comportano la necessità di sospendere e/o ridurre temporaneamente le attività produttive aziendali per motivi documentati

riconducibili a:* (indicare la casistica fra le seguenti)

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. Incendio
5. Calamità naturali diverse dalle intemperie

SI CONCORDA

In applicazione dello specifico Regolamento approvato dal C.d.A. dell'EBAP in vigore dal 1° Luglio 2009 ,del vigente C.C.N.L. e delle disposizioni di legge e normative in materia di ammortizzatori sociali quanto di seguito specificato :

1. Al fine di far fronte alla attuale sfavorevole congiuntura, si ipotizza per Noperai e n°apprendisti dipendenti , di effettuare un periodo di riduzione/sospensione della attività lavorativa

DAL.....AL.....(PERIODO COMPLESSIVO) max 90 giorni di Calendario annui

DAL.....AL.....(PERIODO PARZIALE) Indicare se trattasi di prima istanza /proroga

In caso di SOLA riduzione dell'orario effettuato su base orizzontale le parti concordano :

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

I nominativi e i dati relativi ai lavoratori interessati sono riportati in calce al presente accordo.

2. Qualora si presentasse la necessità di soddisfare esigenze temporanee di maggior lavoro tali da comportare in aumento una variazione dell'orario ridotto 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. La variazione verrà realizzata tramite comunicazione preventiva alle parti firmatarie nel caso in cui non superi le 80 ore per singolo lavoratore o, se superiore, il 20% della riduzione richiesta.
3. 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.
4. Nel caso in cui la situazione aziendale presenti variazioni delle condizioni inizialmente ipotizzate diverse da quanto previsto al punto 2, le parti si incontreranno per valutare la situazione determinatasi.
5. 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.
6. 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.
7. L'impresa si impegna a rimborsare ai dipendenti interessati quanto dovuto, inserendo l'importo a Libro Paga. 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.
8. L'impresa dichiara di aver effettuato i versamenti delle quote di adesione ai Fondi Gestiti dall'EBAP nei tempi indicati.
9. L'impresa dichiara di avere, direttamente o per il tramite della propria Associazione, preavvisato dell'incontro le tre Organizzazioni sindacali dei lavoratori :

CGIL sede di CISL sede diUIL sede di

10. 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.
11. 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. Resta comunque da parte aziendale l'obbligo di erogazione immediata in busta paga di quanto erogato dall'EBAP a favore dei dipendenti interessati.

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.

.....Li.....

IMPRESA

OO.AA

OO.SS.

I DIPENDENTI *

* Indicare se il dipendente ha i requisiti per l'accesso alla indennità ordinaria di disoccupazione

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

CITTÀ.....N. TELEF.....COD. FISC.....FIRMA.....
DS ORDINARIA SI NO

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

CITTÀ.....N. TELEF.....COD. FISC.....FIRMA.....
DS ORDINARIA SI NO

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

CITTÀ.....N. TELEF.....COD. FISC.....FIRMA.....
DS ORDINARIA SI NO

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

CITTÀ.....N. TELEF.....COD. FISC.....FIRMA.....
DS ORDINARIA SI NO

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

CITTÀ.....N. TELEF.....COD. FISC.....FIRMA.....
DS ORDINARIA SI NO

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

CITTÀ.....N. TELEF.....COD. FISC.....FIRMA.....
DS ORDINARIA SI NO

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

CITTÀ.....N. TELEF.....COD. FISC.....FIRMA.....
DS ORDINARIA SI NO

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

CITTÀ.....N. TELEF.....COD. FISC.....FIRMA.....
DS ORDINARIA SI NO

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

CITTÀ.....N. TELEF.....COD. FISC.....FIRMA.....
DS ORDINARIA SI NO

Parte riservata alla UGB

**LA COMMISSIONE DI BACINO UGB DINELLA RIUNIONE DEL.....VISTA LA
DOCUMENTAZIONE ALLEGATA HA DELIBERATO L'APPROVAZIONE , DEL PRESENTE ACCORDO DI SOSPENSIONE.
EVENTUALI NOTE**

L'Unità Gestionale di Bacino di

VISTO DI CONFORMITA' SI NO I

Il Presidente UGB

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 :

- **Compilate con penna nera e a stampatello.**
- Copia ricevuta versamenti al FISR + ex 626 anno in corso e 2 anni precedenti ;
- Copia D.M. /10 (vers. FACP) del Mese di ottobre [cod. W 150] ;
- Copia libro Unico completo ditta ;
- Copia ultima busta paga e foglio presenza di tutti i lavoratori sospesi ;
- Autocertificazione del titolare della ditta, comprovante l'autenticità della documentazione allegata.
- Eventuali Autocertificazioni dei dipendenti attestanti la mancanza dei requisiti per l'accesso alla ds req. ridotti
- Tutte le domande incomplete della suddetta documentazione, verranno sospese e dopo 30 giorni archiviate d'ufficio.**

