

## EBAP Piemonte - FSBA

# Verbale di accordo sindacale per l'erogazione dell'assegno di solidarietà ai sensi dell'art.27 D.Lgs 148/2015

### PREMESSO che

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

rappresentata da ....., in qualità di titolare/legale rappresentante

- ha comunicato la volontà di procedere alla riduzione dell'orario di lavoro per il periodo che va dal ..../..../..... al ..../..../..... al fine di evitare licenziamenti plurimi.

### DICHIARA

- un'anzianità aziendale dei dipendenti oggetto di riduzione dell'orario di almeno 90 giorni di calendario alla data di richiesta della prestazione;
- di essere in regola con la contribuzione dovuta a FSBA nei 36 mesi precedenti;
- di aver titolo 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;
- di avere utilizzato gli strumenti ordinari di flessibilità, ivi compresa la fruizione delle ferie residue dell'anno precedente, sospeso per il 2019;
- che è stata fornita ai lavoratori specifica informativa, dagli stessi sottoscritta, nella quale tra l'altro è chiarito che nel caso in cui le risorse di FSBA non fossero sufficienti a coprire l'intero ammontare delle richieste di prestazioni, si provvederà alla liquidazione fino a concorrenza delle risorse disponibili sulla base dell'ordine cronologico di arrivo delle domande;

### SI CONVIENE E SI STIPULA

di ridurre l'orario di lavoro nella percentuale del ..... per numero ..... dipendenti, conformemente a quanto richiesto nella domanda di riduzione 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)



## L'IMPRESA SI IMPEGNA

a versare all'INPS la contribuzione correlata, calcolata secondo quanto previsto dall'art. 40 della legge 4 novembre 2010 n. 183, riferita ai periodi nei quali vi è l'intervento delle prestazioni FSBA.

Per accettazione di tutte le clausole di cui al presente "Accordo".

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

Firma dell'IMPRESA

Firma dei Lavoratori

- La/le **Parte Sociale Datoriale** competente per territorio, nella persona di

(nome, cognome, OO.AA.)

CONFARTIGIANATO.....

C.N.A.....

C.A.S.Artigiani.....

- Il/I **Rappresentante Sindacale** di Bacino, RSA o RSU nella/e persona/e di

(nome, cognome, OO.SS.)

C.G.I.L.....

C.I.S.L.....

U.I.L.....

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_