

Data e Timbro Organizzazione

RISERVATO PROTOCOLLO SPRAV

Data Protocollo

Num. Protocollo

Organizzazione Provinciale \_\_\_\_\_

Referente per l'Organizzazione \_\_\_\_\_

e-mail OO AA \_\_\_\_\_

**DATI AZIENDA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ Titolare dell'impresa \_\_\_\_\_

Codice Fiscale/Partita Iva \_\_\_\_\_ Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ Ateco \_\_\_\_\_

Descrizione Attività \_\_\_\_\_ Natura Azienda:  Artigiana  Non Artigiana

EBAV  SI  NO SANINVENETO  SI  NO n° Dipendenti Totali \_\_\_\_\_ di cui Personale Viaggiante \_\_\_\_\_

Presenza di accordo aziendale che norma fattispecie di forfetizzazione straordinario, gestione orario di lavoro ecc.  SI  NO se SI, sottoscritto con: \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONI**

**A DISCONTINUITÀ PROFILI A,B,C,E,F - ART. 19 CCRL e DIVERSI REGIMI DI ORARIO**

Si comunica che, dato che il tempo di lavoro effettivo non coincide con i tempi di presenza a disposizione in ragione dei vincoli di organizzazione derivanti dalla seguente tipologia di trasporto:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

i lavoratori, il cui numero è descritto di seguito, che rientrano nelle qualifiche A,B,C,E, F hanno i requisiti della discontinuità di orario e pertanto il loro orario di lavoro è pari a 47 ore:

Indicare per ogni qualifica la suddivisione del personale nei vari parametri retributivi:

Qualifica 3 A= _____ B= _____ C= _____	Qualifica 2 E= _____ F= _____
---	----------------------------------

A seguito della verifica della discontinuità dei conducenti dei profili sopraindicati l'impresa può applicare la normativa di deroga orario di lavoro (diversi regimi di orario)

**B ESTENSIONE ORARIO DI LAVORO PROFILI G\*, H\* e D - ART. 18 CCRL e DISCONTINUITÀ**

Si comunica che, dato che per i livelli D, G\* e H\* il tempo di lavoro effettivo non coincide con i tempi di presenza a disposizione in ragione dei vincoli di organizzazione derivanti dalla seguente tipologia di trasporto:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

e vista l'erogazione prevista dall'11 quinquies per i livelli G\* ed H\*, l'orario di lavoro per il numero dei lavoratori sottoindicati sarà esteso da 39 a 44 ore (47 ore per il prof D). Rientrano nella discontinuità di orario i livelli D, G\*, H\*.

Il numero totale di dipendenti interessati con le relative qualifiche è il seguente:

Qualifica 1 G*= _____ H*= _____	Qualifica 2 D= _____
------------------------------------	-------------------------

**C DICHIARAZIONE PER CARICO E SCARICO**

Si comunica che il personale viaggiante dell'impresa ha svolto adeguata formazione sui rischi derivanti dal carico e scarico.

La formazione è stata svolta:

in regime di formazione partecipata Accordo Regionale 15.3.2012

 SI  NO

con l'ente accreditato Ebav

---

se NO con il seguente ente/struttura

---

Si allega a questo proposito copia del piano formativo e l'attestato rilasciato.

L'impresa si impegna alla fornitura di idoneo vestiario oltre alla normale dotazione dei DPI e delle attrezzature necessarie.

 **D DICHIARAZIONE NUOVE ASSUNZIONI - ART. 7.3 CCRL 5 NOVEMBRE 2018 di cui art. 11 ter del CCNL**

L'impresa dichiara che non ha attivato e realizzato procedure di riduzione del personale negli ultimi 365 giorni.

Inoltre si impegna a mantenere detto requisito ogni qual volta intenda assumere personale aggiuntivo rispetto a quanto già segnalato con l'agevolazione per l'inserimento in organico di neo patentati a tempo indeterminato.

L'impresa ricevuta la presente autorizzazione si impegna a rispettare ogni altra condizione e/o requisito previsto dal CCNL.

**Nel caso di nuove assunzioni rispetto al numero di dipendenti segnalati ai punti A, B, C, e D, l'impresa dovrà inviare a scadenza trimestrale la comunicazione di cui all'allegato.4.**

**Analoga comunicazione per le nuove assunzioni.**

**\* I profili G e H non sono richiedibili. Vedi art.2 dell'accordo regionale del 25.03.2022. Le parti sono impegnate a trovare adeguata soluzione.**

**CON LA SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE COMUNICAZIONE, L'IMPRESA CONFERMA DI ESSERE IN REGOLA CON IL VERSAMENTO AD EBAV E SANI IN VENETO.**

**Se nuova iscritta si impegna ad operare IL VERSAMENTO AD EBAV E SANI IN VENETO.**

Delego l'Associazione artigiana allo svolgimento delle attività di propria competenza

Autorizzo ad utilizzare i dati forniti per il procedimento in corso (D.Lgs 30/06/03 n.196 e Reg.UE 2016/679: codice in materia di protezione dei dati personali)

DATA COMPILAZIONE : \_\_\_\_\_ FIRMA TITOLARE E/O RAPPRESENTANTE LEGALE : \_\_\_\_\_