

VERBALE DI ACCORDO SINDACALE PER L'EROGAZIONE DELL'ASSEGNO DI **SOLIDARIETÀ FSBA**

In data _____ presso la sede di _____ si sono incontrati:
l'impresa _____ mail _____ sita in _____
via _____ cap _____ comune _____ pv _____
P.iva/C.f. _____ matricola INPS _____
esercente l'attività di _____
nella persona di _____ in qualità di titolare/legale rappresentante
assistita da _____ per _____
ed i lavoratori sotto segnati e assistiti, giusta specifica mandato come confermano le firme
sottoriportate, dalle OO.SS. nella/e persona/e di
Sig. _____ per l'organizzazione _____
Sig. _____ per l'organizzazione _____
Sig. _____ per l'organizzazione _____

al fine di esperire la procedura prevista dall'interconfederale regionale del 10 gennaio 2019 per
l'utilizzo **dell'assegno di solidarietà FSBA** (riduzione orario di lavoro), in base a quanto previsto
dall'articolo 27 del D. Lgs. 148/2015 e successivi provvedimenti

Premesso che

- l'impresa, che ha natura artigiana, svolge l'attività di _____
_____, ha in forza n _____ dipendenti ed applica il seguente
CCNL/CCRL: _____
- in data _____ è stato comunicato, tramite l'allegato AZ, alle OO.SS. ed una delle OO.AA.
l'avvio della procedura per sospendere temporaneamente l'attività produttiva con la seguente
causale:

- l'impresa dichiara di essere in regola con i versamenti FSBA, di non rientrare nel campo di
applicazione del Titolo I del d.lgs. 14 settembre 2015, n. 148 e che i dipendenti hanno un'anzianità
superiore ai 90 giorni;
- il periodo di riduzione non può essere inferiore a 3 mesi;
- il numero di lavoratori interessati alla riduzione di orario non può essere pari od inferiore al
numero dei lavoratori dichiarati in esubero;
- l'impresa, consapevole del divieto di stipulare contratti a tempo determinato per la durata
dell'accordo di solidarietà per le stesse mansioni dei lavoratori coinvolti nell'accordo, si impegna
altresì a non ridurre il personale durante il periodo di concessione dell'assegno di solidarietà;
- l'impresa dichiara di dare la propria disponibilità all'intervento di Fondartigianato, così come previsto
nell'Offerta Formativa per la realizzazione di attività di formazione continua del fondo stesso.

Visto che

- in data _____ è stato comunicato alle OO.SS. e ad una delle OO.AA. l'avvio della procedura per ridurre l'orario di lavoro al fine di evitare il licenziamento di _____ dipendenti in quanto l'impresa _____
(descrizione delle cause che hanno determinato gli esuberi)
- il numero totale delle ore da ridurre è il seguente: _____

Le Parti come sopra costituite concordano quanto segue:

- a decorrere dal _____ e sino al _____ viene previsto un periodo di riduzione di orario che coinvolgerà n _____ lavoratori come da nominativi riportati in calce al presente accordo. Tale riduzione di orario non darà luogo alla decorrenza della retribuzione;
- la riduzione oraria media non sarà superiore al 60% dell'orario giornaliero, settimanale o mensile dei lavoratori interessati. Per ciascun lavoratore, come riportato in calce all'accordo, la percentuale di riduzione complessiva dell'orario di lavoro non potrà essere superiore al 70% dell'orario nell'arco dell'intero periodo per il quale l'accordo di solidarietà è stipulato.
- nel caso vi fosse la necessità di far fronte a nuove impreviste commesse, l'azienda richiamerà al lavoro durante detto periodo di sospensione i lavoratori nel numero, nei nominativi e per il tempo necessario per portare a termine tale eventuale ulteriore lavoro e ne darà comunicazione alle OOSS firmatarie il presente verbale entro 15 giorni dal momento in cui si è verificata tale variazione di orario.

L'impresa, direttamente o per il tramite dello studio/servizio associativo, si impegna a:

- operare l'invio telematico della domanda di prestazione per il tramite della piattaforma informatica di FSBA predisposta all'uso;
- effettuare tutti gli adempimenti necessari per consentire la liquidazione ai dipendenti del sussidio FSBA da parte di EBAV.

Le premesse fanno parte integrante dell'accordo.

Letto confermato e sottoscritto

ditta

OO.AA.

OO.SS.

ELENCO LAVORATORI

Periodo di sospensione previsto

dal: _____ al: _____

tipologia riduzione orario: ☐ giornaliera ☐ settimanale ☐ mensile

riduzione massima prevista: _____ %

NOME E COGNOME	FIRMA	NOME E COGNOME	FIRMA
1		11	
2		12	
3		13	
4		14	
5		15	
6		16	
7		17	
8		18	
9		19	
10		20	

Le parti sottoscrittrici il presente accordo si danno reciprocamente atto che i dati personali di ogni singolo lavoratore sono contenuti nel LUL

ditta

OO.SS.

OO.AA.

_____	_____	_____

