

MOD. SOSP autotrasporti RP

C.A. ASSOCIAZIONE ARTIGIANA PROVINCIALE

(DA UTILIZZARE SOLO NEL CASO DI PROCEDURA PER SOSPENSIONE PATENTE SETTORE AUTOTRASPORTO)

Comunicazione in data _____ di intervento di sospensione per mancanza di lavoro dovuta a sospensione patente.

L'impresa artigiana _____

sita a _____ in via _____ n° _____

email _____ tel _____ fax _____ Partita Iva _____

che nell'ambito del settore trasporto merci svolge la seguente attività

in regola con i versamenti Ebav e con il seguente organico aziendale:

- operai _____ I impiegati, quadri _____
- apprendisti _____ I contratti di inserimento _____
- Tenuto conto che ad un lavoratore autista in forza è stata sospesa la patente e che pertanto non può esercitare l'attività di guida per circa _____ mesi
- Visto le disposizioni contenute negli accordi dell'autotrasporto vigenti.

La scrivente richiede all'Associazione Artigiana Provinciale di provvedere all'avvio della relativa procedura (informativa alle OOSS e all'Ebav), di sospensione in sede sindacale **senza decorrenza di retribuzione diretta e/o differita** e con intervento Ebav.

La scrivente informa lo Studio/Ufficio che ne tiene i libri paga affinché provveda ai relativi adempimenti previsti.

Studio/Ufficio _____ sede _____

tel _____ email _____

Titolare/legale rappresentante _____ LA DITTA (timbro e firma)