*Su carta intestata dell’Azienda*

Spett.le Regione Abruzzo

Servizio DPH010

Centro per l’Impiego di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Oggetto: Richiesta di sospensione temporanea degli obblighi occupazionali ex art. 3, comma 5 L. 12 marzo 1999, n. 68 ed art. 4, comma 3 DPR 10 ottobre 2000, n. 333 e smi.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Il sottoscritto | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| legale rappresentante dell'azienda | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| con sede legale in | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Con unità produttive ubicate nelle province di: | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C.F. | |  | |  | | |  |  |  | |  |  | |  | |  | | |  | |  |  |  |  |  |  | |
| P.I. | |  | |  | | |  |  |  | |  |  | |  | |  | | |  | |  |  |  |  |  |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefono | | |  | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e-mail |  | | | | | | | | | | | | | | | | | @ | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PEC |  | | | | | | | | | | | | | | | | | @ | |  | | | | | | |
| Codice Ateco | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**CHIEDE**

la concessione della sospensione temporanea degli obblighi di assunzione ai sensi dell'art. 3, comma 5 Legge 12 marzo 1999, n. 68 "*Norme per il diritto al lavoro delle persone con disabilità*" e dell'art. 4, comma 3 Decreto del Presidente della Repubblica 10 ottobre 2000, n. 333 "*Regolamento di esecuzione per l'attuazione della legge 12 marzo 1999, n. 68 recante norme per il diritto al lavoro delle persone con disabilità* e s.m.i.*,* per:

|  |  |
| --- | --- |
| **C.I.G.S.** |  |
| Estremi della domanda | del\_\_\_\_\_\_\_\_ presentata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Durata programma | dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Durata procedure | dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Data accordo sindacale |  |
| **Provincia interessata** |  |
| Attività lavorativa ridotta o sospesa sul totale delle attività presenti (%) |  |

*(ripetere nel caso di più province interessate)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Contratto di solidarietà** |  |
| Estremi della domanda | del\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presentata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Data accordo sindacale |  |
| **Provincia interessata** |  |
| Attività lavorativa ridotta o sospesa sul totale delle attività presenti (%) |  |

*(ripetere nel caso di più province interessate)*

|  |
| --- |
| * + **Fondo di Integrazione Salariale**  (D.lgs n.148 del 14 settembre 2015) |
| * + **Assegno Ordinario**   + **Assegno di solidarietà** |

|  |
| --- |
| * + **Fondo di solidarietà bilaterale** (interpelli Min Lav. n.38 del 12/09/2008 e n.44 del 15/05/2009) |

|  |
| --- |
| * + **Provvedimento di incentivo all’esodo per lavoratori prossimi alla pensione**  (Art.4 Legge n.92 del 28/06/2012e Circolare Min Lav. n.22 del 24 settembre 2014) |

*(Nelle fattispecie summenzionate gli obblighi sono sospesi per la durata del trattamento, in proporzione dell'attività lavorativa effettivamente sospesa/ridotta e per il singolo ambito provinciale).*

**A tal fine specifica**

|  |  |
| --- | --- |
| Estremi della comunicazione preventiva | del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  presentata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Data avvio procedura |  |
| Data fine procedura |  |
| Durata procedura (n. mesi) |  |
| Data accodo sindacale |  |
| **Provincia interessata** |  |
| Numero lavoratori coinvolti |  |
| Attività lavorativa ridotta o sospesa sul totale delle attività presenti (%) |  |

*(ripetere nel caso di più province interessate)*

**Oppure per**

|  |
| --- |
| * **Licenziamento Collettivo** (Art.2 L. 92 del 28/6/2012 e Artt. 4-8 L. 223 del 13/7/1991) |

**A tal fine specifica**

|  |  |
| --- | --- |
| Data avvio procedura |  |
| Data fine procedura |  |
| Numero licenziamenti previsti |  |
| Data ultimo licenziamento previsto |  |
| Provincia interessata dal licenziamento collettivo |  |

**Dichiara**

consapevole delle conseguenze e delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del DPR 28/12/2000 n. 445 nel caso di dichiarazioni false o comunque non corrispondenti al vero, che quanto sopra corrisponde al vero.

**Allega**

* Documento d’identità in corso di validità
* Comunicazione preventiva
* Contratto di solidarietà
* Accordo sindacale
* Documento di mancato accordo sindacale.

Luogo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma e timbro del legale rappresentante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_