Il giorno ……/……/2020 alla presenza di:

Datore di Lavoro: …………………………………………………………………………………..…..……….………………….…………………….

* Associazione di categoria dei datori di lavoro (se presente): …………..….….…….……………..…………………………
* OO.SS.: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* OO.SS.: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* OO.SS.: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* RSU/RSA/RSB/(altro): ……………………………………………………………………………………………………………………………..

si è svolta (anche in via telematica) la riunione per l’esame congiunto finalizzata all’utilizzo della Cassa Integrazione Guadagni in Deroga (CIGD) e alle modalità di gestione della stessa, ai sensi dell’art. 22 del D.L. 17 marzo 2020 n.18 e del verbale CICAS del 30/03/2020. I soggetti sopra indicati danno atto di conoscere i contenuti del D.L. 18/2020 e del verbale CICAS del 30/03/2020 e le relative procedure che si considerano parte integrante del presente accordo insieme ai suoi allegati.

Il Datore di lavoro/legale rappresentante, sig./ra ……………………………………………………………………………………………… , nato/a a ……………….………………..…...…. (…..) il …../…../…….. , residente in via …………………………………..……………….…… a …………………………………..…………………. (…..) CAP …………… , n° documento di identità ……………………….………..…… ,

**ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i., DICHIARA**

⬜ *indicare* la ragione sociale …………………………………………………………………………………………………………………

con sede legale a ……………….…………………………………………………………….………………………………

P.I./C.F. …………………………………………………… Matr. Inps n°…………………..……………………………

N° iscrizione C.C.I.A.A. ………………………… Cod. ATECO …………………………………………

e unità produttiva sita a ………………………………………………………………… Prov. (….…) CAP ………………

in via ………………………………………….……………………….……… n° ….…

Telefono/Cellulare ………………………………………………………….….………..…… (indicare numero reperibile)

email ................................................................@............................................... (indicare email valida)

PEC (posta elettronica certificata valida) …...........................………….…………………………………………………………………

esercente l’attività di ………………………………………………..………………..…………… CCNL applicato ……………….*…………….*

*(****specificare settore****......................................................................................................................)*

⬜ ha dipendenti per totali n° ………. , di cui: quadri n° ....... , impiegati n° ....... , operai n° ....... , apprendisti n° ......... , lavoratori a domicilio n° ...........

⬜ **di non rientrare nel campo di applicazione delle tutele previste dalle vigenti disposizioni in materia di sospensione o riduzione di orario di lavoro, in costanza di rapporto di lavoro, (di cui al D. Lgs. 148/2015 e smi) così come integrati dagli artt. 19, 20 e 21 del Decreto Legge 17 marzo 2020, n. 18.**

⬜ che è costretto ad una contrazione dell’orario di lavoro **a causa dell’emergenza COVID-19,**

*Il datore di lavoro attesta il possesso dei requisiti e delle condizioni di accesso all’integrazione salariale in deroga di cui al presente verbale.*

Le Parti, per tutto quanto sopra riportato,

**CONCORDANO**

al fine di superare la situazione di emergenza come descritta, di ricorrere alla CIG in deroga ai sensi **del D.L. 17 marzo 2020 n.18 e del verbale CICAS del 30/03/2020**

per numero massimo di n° …..… lavoratori, IN FORZA ALLA DATA DEL 17/03/2020 *(art.41 D.L. 8.04.2020 n.23),* di cui:

n° ………… a sospensione zero ore;

n° ………… a riduzione di orario, di cui n°………al ………% e n°……….. al………%

relativamente all’unità/alle unità produttiva/e di ……………………………………….…… ( ) , ....................................... ( )

**La richiesta decorre dal …..../…..…/2020 fino al ..…../…..…/2020**

**N° di ore complessive di CIGD richieste ………………. *(indicare in modo esatto le effettive ore di sospensione richieste)***

Il Datore di Lavoro, all’atto della effettiva sospensione dei lavoratori deve comunicare ai lavoratori interessati il periodo di sospensione.

Il datore di Lavoro richiederà il pagamento diretto da parte dell’Inps ai lavoratori.

Ulteriori precisazioni:

La concessione del trattamento di CIGD avviene con la sola modalità del pagamento diretto da parte di INPS, applicando la disciplina di cui all’art. 44, comma 6-ter, del D. Lgs. 148/2015, che prevede la trasmissione ad INPS dei Mod. SR41, a pena decadenza, entro 6 mesi dalla fine del periodo di paga in corso alla scadenza del termine di durata della concessione o dalla data del provvedimento di autorizzazione del trattamento da parte di INPS.

Come previsto dal verbale CICAS del 30/03/2020, si ribadisce che le autorizzazioni delle istanze di cassa integrazione in deroga saranno effettuate dalla Regione Abruzzo sulla base delle risorse disponibili. Il rilascio delle autorizzazioni potrà avvenire solo in caso di effettiva copertura finanziaria da parte di risorse dello Stato e comunque fino ad esaurimento delle risorse assegnate.

Letto, confermato e sottoscritto in data ……/………/2020

Per il datore di Lavoro Per le OO.SS

***(Allegare copia documento d’identità del legale rappresentante)***