

**Verbale di accordo sindacale per l'erogazione  
dell'assegno di solidarietà ai sensi dell'art.27  
D.Lgs 148/2015**

Il giorno ..... si sono incontrati:

TRA

L'impresa ..... aente sede in ..... via/piazza  
..... n° ..... cap ..... tel ..... fax .....  
email ..... cod. fisc. ..... partita iva  
..... matricola INPS ..... CCNL.....  
con numero di dipendenti .....

rappresentata da ....., in qualità di legale rappresentante  
se ditta individuale dati fiscali del titolare .....  
nato a ..... il ..... residente in .....  
via ..... n° ..... cap ..... prov. ..... tel. ....  
e-mail .....  
cod. fisc. ....

Il sig. ..... con la carica di .....dell'organizzazione artigiana .....

Il sig. ..... con la carica di .....dell'organizzazione sindacale .....

Il sig. ..... con la carica di .....dell'organizzazione sindacale .....

**PREMESSO CHE**

L'Impresa ha comunicato la volontà di procedere alla riduzione dell'orario di lavoro per un periodo superiore a tre mesi, dal ..... al ....., al fine di evitare licenziamenti plurimi individuali per giustificato motivo oggettivo;

L'impresa ha comunicato un esubero di n. ..... unità lavorative, a causa di .....  
.....  
.....

L'impresa ha accertato la presenza dei seguenti requisiti necessari per l'accesso alla prestazione:

- i dipendenti oggetto della riduzione dell'orario possiedono, alla data di richiesta della prestazione, un'anzianità aziendale di almeno 90 giorni di calendario;

- l'azienda è in regola con la contribuzione dovuta a FSBA dal 1° gennaio 2016;
- l'azienda non ha titolo ad accedere, per i propri dipendenti, ai trattamenti di integrazione salariale previsti dal Titolo I del d.lgs. 14 settembre 2015, n. 148.
- l'azienda ha utilizzato gli strumenti ordinari di flessibilità, compresa la fruizione delle ferie residue dell'anno precedente.
- il numero dei lavoratori interessati alla riduzione di orario è superiore al numero dei lavoratori dichiarati in esubero nell'ambito della solidarietà.

#### **SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE**

di ridurre l' orario di lavoro per un numero di dipendenti pari a ..... , applicando le seguenti percentuali di riduzione:

Lavoratori	% riduzione	Indicare il n. e l'articolazione delle ore di riduzione per ciascun lavoratore

1. Ai sensi dell'articolo 31 del d.lgs. 14 settembre 2015, n. 148, la riduzione media oraria non può essere superiore al 60 per cento dell'orario giornaliero, settimanale o mensile dei lavoratori interessati e, per ciascun lavoratore, la percentuale di riduzione complessiva dell'orario di lavoro non può essere superiore al 70 per cento nell'arco dell'intero periodo per il quale l'accordo di solidarietà è stipulato.
2. Qualora vi fosse la necessità di procedere ad un'ulteriore riduzione d'orario, si procederà alla stipula di un nuovo accordo sindacale e, quindi, alla presentazione di una nuova domanda.
3. Al contrario, nel caso in cui vi fosse la necessità di ridurre le ore di solidarietà, l'impresa ne darà comunicazione alle OO.SS. sottoscritte dell'Accordo, nonché a FSBA, entro 15 giorni dal momento in cui è intervenuta l'esigenza di variazione dell'orario.
4. La durata massima della prestazione è prevista in 26 settimane sul biennio mobile, pari a 130 giornate di effettivo utilizzo per orario di lavoro settimanale distribuito su 5 giorni ed a 156 giornate di effettivo utilizzo per orario di lavoro settimanale distribuito su 6 giorni.
5. Una qualsiasi riduzione dell'orario giornaliero applicato equivale ad una giornata, ai fini del conteggio della durata massima.
6. Il conteggio delle giornate di utilizzo viene calcolato in capo all'impresa.
7. L'assegno di solidarietà è alternativo, nel biennio mobile, all'assegno ordinario.

8. Nel periodo di riduzione è vietato ridurre il personale, stipulare contratti a tempo determinato per le stesse mansioni dei lavoratori coinvolti nel presente accordo e ricorrere a qualsiasi forma di straordinario.
9. Al termine del periodo di riduzione l'azienda dovrà procedere alla ripresa produttiva, in mancanza della quale dovrà restituire le prestazioni erogate da FSBA.

Per quanto non previsto si rinvia alla vigente normativa in materia ed al Regolamento FSBA.

#### **L'IMPRESA SI IMPEGNA**

- a predisporre tutta la documentazione idonea per consentire al lavoratore di percepire da FSBA l'assegno ordinario per il periodo richiesto.
- a procedere, anche tramite l'eventuale intermediario appositamente delegato ed entro i termini previsti nel regolamento di FSBA, all'acquisizione dell'accordo sindacale nell'area riservata di FSBA, nonché all'inserimento della domanda di prestazione e al caricamento delle assenze.
- a versare all'INPS la contribuzione correlata, calcolata secondo quanto previsto dall'art. 40 della legge 4 novembre 2010 n. 183, riferita ai periodi nei quali vi è l'intervento delle prestazioni FSBA.
- l'impresa, preso atto della Linea 3, "Integrazione interventi del Fondo di Solidarietà Bilaterale per l'Artigianato", "Offerta formativa 2017-2019 per la realizzazione di attività di formazione continua", dichiara la propria disponibilità agli interventi formativi previsti dal Fondo per le aziende che pongono – in tutto o in parte – i propri dipendenti in trattamento di integrazione salariale da parte di FSBA, negli ambiti e secondo gli obiettivi specifici stabiliti nell'Invito per tale linea di finanziamento.

Per accettazione di tutte le clausole di cui al presente "Accordo".

#### Firma dell'IMPRESA

L'Organizzazione artigiana

Le Organizzazioni Sindacali

C.G.I.L. \_\_\_\_\_  
 C.I.S.L. \_\_\_\_\_  
 U.I.L. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

I lavoratori sotto elencati dichiarano di aderire all'accordo in ogni sua parte, nulla escluso, apponendovi apposita firma:

(Nome e cognome)		(Codice Fiscale)
(Data di nascita)	(Comune o Stato estero di nascita)	(Residenza)
(E-mail)		
(Data di inizio riduzione)	(Data di fine riduzione)	(Orario di lavoro contrattuale)
		Lun <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Mer <input type="checkbox"/> Gio <input type="checkbox"/> Ven <input type="checkbox"/> Sab <input type="checkbox"/> Dom <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> (Inserire il n. di ore)		
(Firma)		

(Nome e cognome)		(Codice Fiscale)	
(Data di nascita)	(Comune o Stato estero di nascita)	(Residenza)	
(E-mail)			
(Data di inizio riduzione)		(Data di fine riduzione)	(Orario di lavoro contrattuale)
			Lun Mar Mer Gio Ven Sab Dom
			<input type="checkbox"/> (Inserire il n. di ore)
(Firma)			
(Nome e cognome)		(Codice Fiscale)	
(Data di nascita)	(Comune o Stato estero di nascita)	(Residenza)	
(E-mail)			
(Data di inizio riduzione)		(Data di fine riduzione)	(Orario di lavoro contrattuale)
			Lun Mar Mer Gio Ven Sab Dom
			<input type="checkbox"/> (Inserire il n. di ore)
(Firma)			
(Nome e cognome)		(Codice Fiscale)	
(Data di nascita)	(Comune o Stato estero di nascita)	(Residenza)	
(E-mail)			
(Data di inizio riduzione)		(Data di fine riduzione)	(Orario di lavoro contrattuale)
			Lun Mar Mer Gio Ven Sab Dom
			<input type="checkbox"/> (Inserire il n. di ore)
(Firma)			

(Nome e cognome)		(Codice Fiscale)	
(Data di nascita)	(Comune o Stato estero di nascita)	(Residenza)	
(E-mail)			
(Data di inizio riduzione)		(Data di fine riduzione)	(Orario di lavoro contrattuale)
			Lun Mar Mer Gio Ven Sab Dom
			<input type="checkbox"/> (Inserire il n. di ore)
(Firma)			
(Nome e cognome)		(Codice Fiscale)	
(Data di nascita)		(Comune o Stato estero di nascita)	(Residenza)
(E-mail)			
(Data di inizio riduzione)		(Data di fine riduzione)	(Orario di lavoro contrattuale)
			Lun Mar Mer Gio Ven Sab Dom
			<input type="checkbox"/> (Inserire il n. di ore)
(Firma)			

**N.B. Il presente accordo deve essere presentato all'EBAS almeno 10 giorni prima dell'inizio del periodo di riduzione ed ha validità solo se sottoscritto da tutte le parti contraenti.**

**SCHEDA DI AUTODICHIARAZIONE ALLEGATA AL  
VERBALE DI ACCORDO SINDACALE PER  
L'EROGAZIONE DELL'ASSEGNO DI SOLIDARIETA'**

Il Sottoscritto.....  
nato a ..... il ..... residente in  
.....  
via/piazza..... n° .....  
cap ..... prov. ..... tel. ..... fax.....  
email ..... cod. fisc.....  
partita iva .....

Titolare dell'azienda.....  
..... matricola INPS.....  
in qualità di legale rappresentante

dichiara

che per la gestione dei rapporti con FSBA è assistito da:

- Centro servizi.....
- Azienda.....

P.IVA:	Codice fiscale	
Via/piazza	n°	
CAP	Città	Prov.
Telef.:		Fax:
E-mail:		

In Fede  
**Il Legale Rappresentante**