

ENTE BILATERALE REGIONALE SARDEGNA- FSBA

Verbale di accordo sindacale per l'erogazione della prestazione COVID-19 "CORONAVIRUS" di cui all'Accordo Interconfederale 26/02/2020

Il giorno ____/____/____ si sono incontrati:

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

se ditta individuale dati fiscali del titolare nato a _____ il ____/____/____ residente 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

- La/le Parte Sociale Datoriale competente per territorio, nella persona di (nome, cognome, OO.AA.)

- Il/I Rappresentante Sindacale di Bacino, RSA o RSU nella/e persona/e di (nome, cognome, OO.SS.)

PREMESSO

- che l'Impresa ha comunicato la volontà di sospendere/ridurre l'attività per il periodo che va dal ____/____/____ al ____/____/____ a seguito di: **CORONAVIRUS**

- che l'impresa allega un'autodichiarazione delle connessioni con il CORONAVIRUS;
- che l'impresa dichiara un'anzianità aziendale dei dipendenti oggetto di sospensione dell'orario almeno precedente al ___ / ___ / _____;
- che l'azienda ha titolo ad avere per i propri dipendenti accesso ai trattamenti di integrazione salariale previsti in quanto esclusi dal Titolo I del d.lgs. 14 settembre 2015, n. 148;

SI CONVIENE E SI STIPULA

- di sospendere l'attività di n° _____ dipendenti.
- di ridurre l'attività per n° _____ dipendenti.

conformemente a quanto richiesto nella domanda di sospensione dell'orario di lavoro dei lavoratori da inviare (tramite piattaforma informatica), da parte dell'impresa o suo intermediario, a FSBA insieme al presente verbale (art. 8 regolamento FSBA)

Per accettazione

_____, li _____

Timbro e firma dell'IMPRESA

La Rappresentanza Datoriale

La Rappresentanza Sindacale

N.B. È prevista la possibilità di sottoscrivere gli accordi sindacali anche in modalità telematica.

SCHEDA LAVORATORI

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Data Nascita
Comune o stato di nascita	Comune di residenza	Via	E-mail/Cell.
Data Inizio	Data Fine	Orario Settimanale	Giornate Settimanale

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Data Nascita
Comune o stato di nascita	Comune di residenza	Via	E-mail/Cell.
Data Inizio	Data Fine	Orario Settimanale	Giornate Settimanale

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Data Nascita
Comune o stato di nascita	Comune di residenza	Via	E-mail/Cell.
Data Inizio	Data Fine	Orario Settimanale	Giornate Settimanale

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Data Nascita
Comune o stato di nascita	Comune di residenza	Via	E-mail/Cell.
Data Inizio	Data Fine	Orario Settimanale	Giornate Settimanale

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Data Nascita
Comune o stato di nascita	Comune di residenza	Via	E-mail/Cell.
Data Inizio	Data Fine	Orario Settimanale	Giornate Settimanale

AUTODICHIARAZIONE AZIENDA CONNESSIONE CORONAVIRUS

Timbro e firma dell'IMPRESA

N.B: Allegare copia del documento di identità del legale rappresentante dell'impresa