Carta intestata

Spett.li

OO.SS.

Spett.

R.S.A.

c/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OGGETTO: Comunicazione preventiva**

**Richiesta di concessione di concessione del trattamento di integrazione salariale in deroga “emergenza COVID-19”**

La Società \_\_\_\_\_\_\_\_ (C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_, matricola INPS\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_, PEC \_\_\_\_\_\_\_\_, in persona del legale rappresentante pro tempore \_\_\_\_\_\_\_\_ (C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_ ) relativamente alla sede di \_\_\_\_\_\_\_\_, in cui occupa complessivamente \_\_\_\_\_\_\_\_ dipendenti ed in cui svolge l’attività di \_\_\_\_\_\_\_\_, comunica quanto segue.

La Società, preventivamente, dichiara di non aver accesso agli ammortizzatori sociali ordinari, previsti in costanza di rapporto di lavoro, dal TITOLO I e dal TITOLO II del D. Lgs. n. 148/2015.

Ai sensi e per gli effetti dell’art. 80 del D.L. n. 34 del 19 maggio 2020, la Società ha provveduto alla revoca di \_\_\_ licenziamenti, precedentemente intimati per causa di forza maggiore, con effetto a far data dalla loro intimazione \_\_\_\_\_.

Conseguentemente, ai sensi degli att. 22 e ss. del D.L. n. 18 del 17 marzo 2020, convertito con modificazioni dalla L. n. 27 del 24 aprile 2020 ed ulteriormente modificato dal D.L. n. 34 del 19 maggio 2020, nonché dell’ Accordo \_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(citare l’Accordo Regionale di riferimento se la richiesta attiene alle prime 9 settimane fruibili dal 23 febbraio al 31 agosto 2019, diversamente no perché la richiesta dovrà essere avanzata direttamente ad INPS per i periodi successivi alle prime 9 settimane)*  la Società formula la presente comunicazione preventiva di richiesta di concessione del trattamento di integrazione salariale in deroga, con specifica causale “emergenza COVID-19”.

In particolare, la riduzione dell’attività:

1. è dovuta a cause non imputabili né alla Società, né ai lavoratori, ossia \_\_\_\_\_\_
2. riguarda principalmente l’attività di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ svolta presso la sede \_\_\_\_\_
3. interessa un numero massimo di lavoratori pari a \_\_\_\_
4. avrà una presumibile durata di \_\_\_ settimane *(massimo 9 settimane dal 23 febbraio al 31 agosto 2020 + ulteriori 5 se il periodo delle 9 settimane è già stato interamente fruito + ulteriori 4 settimane dal 1 settembre 2020 al 31 ottobre 2020/per i datori di lavoro nel settore spettacolo dal vivo e sale cinematografiche è possibile fruire delle 4 settimane aggiuntive anche prima dell’1 settembre 2020 a condizione che sia già stato interamente fruito il periodo massimo di 14 settimane).*
5. comporterà una contrazione di orario fra un minimo del \_\_\_% ed un massimo del 100%.

L’erogazione dell’indennità di CIGD ai lavoratori sarà effettuata attraverso il sistema del pagamento diretto da parte dell’INPS.

Ad ogni buon fine, segnaliamo che il CCNL applicato è \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ed includiamo, in allegato, l’elenco dei lavoratori interessati (*nominativo, CF, matricola INPS, tipologia contratto e durata, livello, mansione, riduzione/sospensione oraria*).

Premesso tutto quanto sopra, ci rendiamo disponibili a svolgere la consultazione ed il relativo esame congiunto telematicamente, nei termini di legge, tramite piattaforma Skype, il giorno \_\_\_\_\_\_.

Il contatto dell’azienda è \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e quello dell’Avv. Fusani, nostro consulente per le relazioni sindacali, è \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Distinti saluti.

Luogo e data Il legale rappresentante