ALLEGATO 4

VERBALE DI ACCORDO SINDACALE PER L'EROGAZIONE DELL'ASSEGNO *STRAORDINARIO FSBA* COVID-19 "CORONAVIRUS"

di cui all'Accordo Interconfederale nazionale 26.02.2020 e dell'accordo interconfederale regionale del 4.3.2020

In data _____ presso la sede di _____si sono incontrati:
l'impresa_____ mail _____ sita in
via _____ cap_____ comune _____pv____
P.iva/C.f._____matricola INPS _____
esercente l'attività di _____
nella persona di _____in qualità di titolare/legale rappresentante
assistita da _____ per _____
ed i lavoratori sotto segnati e assistiti, giusta specifica mandato come confermano le firme sottoriportate, dalle OO.SS. nella/e persona/e di
Sig. _____ per l'organizzazione _____
Sig. _____ per l'organizzazione _____
Sig. _____ per l'organizzazione _____

Premesso che

- che l'Impresa ha comunicato in data_____alle OOSS ed una delle OOAA l'avvio della procedura per sospendere l'attività per il periodo che va dal _____ al _____ per causale 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 26 febbraio 2020;
- che l'azienda dichiara di essere in regola con la contribuzione dovuta da parte dell'azienda a FSBA per i 36 mesi precedenti evento;
- 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 con l'assegno ordinario causale Covid 19 Coronavirus l'attività di n°_____ dipendenti di seguito indicati, 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)
Letto,confermato e sottoscritto

Luogo_____, li_____

IMPRESA OO.AA. OO.SS.

_____ _____ _____

_____

_____

ELENCO LAVORATORI

Periodo di sospensione previsto

dal: _____ al: _____

NOME E COGNOME	FIRMA*	NOME E COGNOME	FIRMA*
1		8	
2		9	
3		10	
4		11	
5		12	
6		13	
7		14	

* può non essere presente con riferimento ai lavoratori residenti o domiciliati nei comuni,province,regioni per cui vige il divieto di allontanamento o di accesso in base a provvedimenti delle autorità competenti o che per altri motivi comunque riferibili all'emergenza epidemiologica sono oggettivamente impossibilitati ad apporre la firma. (art.7bis accordo interconfederale regionale sulle procedure sindacali come integrato il 4.3.2020)

AUTODICHIARAZIONE AZIENDA CONNESSIONE CORONAVIRUS
RELATIVA AL VERBALE DI SOSPENSIONE FSBA CON CAUSALE CORONAVIRUS

SIGLATO IL _____

_____

_____

_____

_____

_____

firma dell'IMPRESA:

_____