



**VERBALE DI ACCORDO SINDACALE PER  
L'EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE DI  
ASSEGNO DI INTEGRAZIONE SALARIALE  
STRAORDINARIO ACIGS AI SENSI DEL  
DLGS 148/2015**



**ENTE BILATERALE REGIONALE EMILIA ROMAGNA/ FSBA**

Il giorno ../../.....si sono incontrati:

L'IMPRESA ARTIGIANA

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Denominazione \_\_\_\_\_ Natura giuridica \_\_\_\_\_

Indirizzo sede legale \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Data atto costitutivo \_\_\_\_\_

Data inizio attività \_\_\_\_\_

Capitale sociale € \_\_\_\_\_

Matricola INPS \_\_\_\_\_

CSC \_\_\_\_\_ CCNL APPLICATO \_\_\_\_\_

Organico totale dell'azienda \_\_\_\_\_

Organico aziendale per ogni mese nel semestre precedente la data di presentazione della domanda :

1° mese precedente ; 2° ; 3° ; 4° ; 5° ; 6° - valore medio

\_\_\_\_\_

**Eventuali Unità aziendali** (replicare il riquadro per ogni unità aziendale) :

Unità n. \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Matricola INPS \_\_\_\_\_ CSC (INPS) \_\_\_\_\_ Codice di autorizzazione – CA (INPS) \_\_\_\_\_

C.C.N.L. \_\_\_\_\_

LAVORATORI	operai	impiegati	apprendisti	lavoranti a domicilio	totale
<b>IN FORZA</b>					
<b>Interessati alla CIGS</b>	(numero massimo per l'intero periodo della domanda)				
<b>Sospesi a zero ore con rotazione</b>					
<b>Sosp. a zero ore senza rotazione</b>					

## II TITOLARE:

Cognome e nome \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_ RESIDENTE IN

\_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

T E L E F O N O \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

RAPPRESENTATA DAL SIG. \_\_\_\_\_, IN QUALITÀ DI  
LEGALE RAPPRESENTANTE

ASSISTITA DA \_\_\_\_\_ QUI NELLA PERSONA DEL SIG. \_\_\_\_\_

MAIL \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

I LAVORATORI DELLA STESSA E LE OO.SS. RAPPRESENTATE COME DI SEGUITO:

- QUI NELLA PERSONA DEL SIG. \_\_\_\_\_ OO.SS. C.G.I.L.
- QUI NELLA PERSONA DEL SIG. \_\_\_\_\_ OO.SS. C.I.S.L.
- QUI NELLA PERSONA DEL SIG. \_\_\_\_\_ OO.SS. U.I.L.

LA/LE PARTE SOCIALE DATORIALE COMPETENTE PER TERRITORIO, NELLA PERSONA DI:

- CNA -
- CONFARTIGIANATO -

IL/I RAPPRESENTANTE SINDACALE DI BACINO, NELLA/E PERSONA/E DI:

CGIL

CISL

UIL

compilabile solo su SINAWEB

**PREMESSO CHE**

A. l'Impresa ha comunicato la volontà di sospendere l'attività per il periodo sotto indicato

Periodo della domanda dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Causale di intervento:

- CRISI AZIENDALE
- RIORGANIZZAZIONE / RICONVERSIONE AZIENDALE
- CONTRATTO DI SOLIDARIETA'

Durata complessiva programma dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Pari a mesi

\_\_\_\_\_

B. l'impresa dichiara un'anzianità aziendale dei dipendenti oggetto di sospensione dell'orario di almeno 30 giorni di calendario dalla data di richiesta della prestazione;

C. l'impresa è in regola con la contribuzione dovuta da parte dell'azienda a FSBA negli ultimi 36 mesi e si impegna a fornire, su richiesta di EBER/FSBA, documentazione attestante

D. 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;

E. l'impresa si dichiara disponibile ad utilizzare piani di formazione di Fondartigianato se interessata.

Tutto quanto sopra premesso e ritenuto è parte integrante del presente accordo e

Consultabile solo su SINAWEB

**SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE**

1. Qualora si presentasse la necessità di soddisfare esigenze temporanee di maggior lavoro tali da comportare in aumento una variazione dell'orario concordato, l'impresa attuerà tale variazione interessando i lavoratori nel numero, nei nominativi e per il tempo necessario per portare a termine tale maggior lavoro. La variazione verrà realizzata tramite comunicazione formale preventiva alle parti firmatarie e a FSBA.
2. Nel caso in cui si presentasse, nel periodo considerato una repentina, definitiva e completa ripresa dell'attività aziendale, previa comunicazione alle organizzazioni sindacali territoriali, i lavoratori interessati al provvedimento di sospensione sono tenuti a ripresentarsi al posto di lavoro mediante comunicazione preventiva di almeno 24 ore.
3. L'impresa prende atto che i regolamenti prevedono al termine della sospensione la ripresa delle attività produttive aziendali.
4. Si conviene che, per i lavoratori interessati alla sospensione in oggetto, si fa riferimento a quanto previsto dal CCNL in vigore in merito alla maturazione dei ratei di retribuzione indiretta o differita.
5. L'impresa è tenuta a corrispondere ai dipendenti interessati quanto ricevuto da FSBA per i conteggi presentati, inserendo l'importo a libro paga.
6. L'impresa dichiara di avere, direttamente o per il tramite della propria Associazione, preavvisato dell'incontro le tre Organizzazioni sindacali dei lavoratori:
  - C.G.I.L. -
  - C.I.S.L. -
  - U.I.L. -
7. Le prestazioni saranno erogate sulla base di quanto comunicato e ammesso da EBER/FSBA. I periodi indennizzati saranno comunicati a INPS per i relativi riscontri
8. L'impresa si impegna a corrispondere ai lavoratori l'intera retribuzione relativa al periodo di sospensione dell'attività, prevista per il presente accordo, qualora FSBA neghi le proprie provvidenze per inottemperanza ai regolamenti o violazione dei medesimi
9. Le somme corrisposte da FSBA sono soggette a ritenuta Fiscale. La contribuzione correlata prevista dall'art. 34 Dlgs 148/2015 sarà versata da FSBA in base ai calcoli indicati da INPS e comunicata attraverso i canali previsti
10. Durante il periodo di sospensione i lavoratori inseriti in accordo potranno trovare un'occupazione temporanea alternativa presso altra impresa, informando tempestivamente (prima dell'inizio dell'occupazione alternativa) l'attuale datore di lavoro, che comunicherà a FSBA il nominativo del lavoratore e il periodo. Per detto periodo il lavoratore non potrà essere rendicontato in sospensione.

11. IL DATORE DI LAVORO, CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE CIVILI E/ PENALI PREVISTE PER COLORO CHE RENDONO ATTESTAZIONI FALSE, DICHIARA CHE LE NOTIZIE FORNITE RISPONDONO A VERITÀ E SONO CONFORMI ALLA DOCUMENTAZIONE CONSERVATA AGLI ATTI.

**PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG. UE 2016/679 - GDPR**

In relazione ai dati personali ed alle informazioni contenuti nel presente atto, si informa che gli stessi saranno trattati esclusivamente per le finalità connesse all'esecuzione delle prestazioni richieste e agli adempimenti, anche normativi, inerenti e connessi; il trattamento avrà durata per il tempo necessario all'espletamento delle attività istituzionalmente previste e, successivamente, per consentire la gestione e l'archiviazione in ottemperanza agli obblighi di legge vigenti. Restano fermi, nei confronti dell'Impresa richiedente (Titolare del trattamento), gli specifici obblighi informativi nei confronti dei propri dipendenti ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 - GDPR

**LAVORATORI DIPENDENTI COINVOLTI**

Lavoratore	Cognome	Nome	Codice Fiscale	Data Nascita
	Comune o stato di nascita	Comune di residenza	Via	Cellulare
	Orario Settimanale	Giornate Settimanale	Data Assunzione	Orario mensile

FIRMA \_\_\_\_\_

compiabile SOLO SU SINAWEB

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

Titolare dell'Impresa

\_\_\_\_\_

**La Rappresentanza Datoriale**

\_\_\_\_\_

**La Rappresentanza Sindacale**

\_\_\_\_\_



## Accordo di integrazione salariale Straordinario ACIGS

### Informazione all'impresa

Nel quadro delle politiche attive a beneficio dei lavoratori promosse da Fondartigianato - il Fondo interprofessionale per la formazione continua nell'artigianato e nelle PMI è previsto il finanziamento di attività formative ad integrazione degli interventi di sostegno al reddito resi da FSBA.

### Per usufruire di questa opportunità è necessario che l'azienda:

- sia aderente a Fondartigianato. L'adesione non prevede costi aggiuntivi in quanto si destina al Fondo una quota dei contributi dell'assicurazione contro la disoccupazione involontaria (il cosiddetto 0,30%), che per legge viene obbligatoriamente versata all'INPS. Per aderire in fase di compilazione della "Denuncia Aziendale" (ex Mod.DM10/2) basta riempire l'opzione relativa all'adesione ai Fondi Interprofessionali selezionando il codice "FART" indicando il numero dei dipendenti interessati all'obbligo contributivo. Se si è aderenti ad altro Fondo occorre prima revocare l'adesione compilando REVO e il codice del Fondo.
- predisponga direttamente o per il tramite di un'agenzia formativa accreditata presso la Regione Emilia-Romagna un progetto formativo. Il progetto va presentato a Fondartigianato durante il periodo di utilizzo delle prestazioni di sostegno al reddito erogate da FSBA o entro e non oltre i 6 mesi successivi.