

Allegato 1 accordo quadro consultazione e confronto Impresa / Organizzazione Sindacale CIG in Deroga

VERBALE DI ACCORDO

....., xx/xx/2020

Tra

L'Impresa, con sede in via n. ...,
..... (), in persona del legale rappresentate Sig.

e

UGL Rappresentata da _____

Premesso

- che con lettera del XX/XX2020 ha comunicato che, a causa dell'emergenza COVID 19, si trova nella indifferibile necessità di ricorrere alla sospensione dal lavoro/riduzione dell'orario di lavoro per un massimo di n. XX dipendenti occupati presso la, per n..... settimane, a decorrere dal e fino al con conseguente ricorso alla CIG in DEROGA ai sensi del DL n.18/2020 art. 22;

- che in data odierna si è tenuto l'esame congiunto telematicamente previsto dal DL n.18/2020 in occasione del quale l'Impresa ha illustrato alla Organizzazione Sindacale i motivi in relazione ai quali si rende necessario il ricorso alla Cassa Integrazione Guadagni in Deroga.

- che la società è iscritta all'EBICOOP Ente Bilaterale per le cooperative ed ad ASIOOP Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa

Tutto ciò premesso, si conviene che:

1., procederà per n. settimane, a decorrere dal e fino al alla sospensione dell'orario di lavoro a zero ore settimanali/riduzione di orario in base alle esigenze aziendali, fino ad un massimo di n.
Dipendenti (allegato elenco) occupati presso la di
(RSA/RSD/CDI/ecc.....), con conseguente ricorso alla Cassa Integrazione Guadagni in Deroga;

2. allo stato attuale si ritiene che la ripresa dell'attività del servizio possa avvenire al termine del periodo di CIGD, e cioè a far data dal compatibilmente con l'evoluzione della situazione di emergenza COVID 19 attualmente in essere;

3. l'Impresa effettuerà, coerentemente con le proprie esigenze di carattere tecnico, organizzativo e produttivo e con le mansioni eventualmente da svolgersi, la rotazione dei lavoratori interessati alla CIGD;
4. alle normali scadenze retributive, l'Impresa non anticiperà il trattamento di competenza dell'INPS fatto salvo che non intervengano disposizioni cogenti e modifiche all'attuale previsione del divieto di anticipazione del trattamento di competenza dell'INPS con recupero a conguaglio sul versamento dei contributi nel primo mese utile e fino a capienza;
5. l'impresa si obbliga a garantire ai propri dipendenti e/o soci lavoratori, anche nel periodo di sospensione lavorativa, la contribuzione ad EBILCOOP ed ASICOOOP.
6. l'Impresa si riserva di richiamare i lavoratori interessati dalla CIGD nel numero e nei tempi necessari alla ripresa, anche parziale, e alla collocazione in servizi alternativi compatibili con la mansione assegnata e rientranti nell'attività dell'Impresa con un preavviso di 24 ore;
7. Le Parti concordano di incontrarsi su richiesta al fine di monitorare e verificare l'applicazione dell'ammortizzatore sociale con particolare riferimento alle modalità di utilizzo, all'accertamento dei pagamenti ricevuti dal personale.

Con la sottoscrizione del presente verbale le Parti si danno atto di aver esperito la procedura di cui D. Lgs. n. 148/2015.

Letto, confermato e sottoscritto.

L'Impresa

UGL Rappresentata da _____

La RSU _____ La RSA _____

Allegato 2 informativa OO.SS. RSU/RSA per avvio ammortizzatori sociali CIG in deroga

Inviata Via pec

UGL _____

_____, xx/xx/2020

OGGETTO: Ricorso alla CIGD prevista dall'art 22 del DL n.18/2020

La scrivente Impresa _____ con sede operativa in _____
(), via _____, cod. Fiscale _____
rappresentata dal suo presidente/legale rappresentante _____
autorizzato con delibera n. _____ del _____ comunica che, per eventi riconducibili
all'emergenza epidemiologica da COVID-19, si trova nella indifferibile necessità di far ricorso alla Cassa
Integrazione in Deroga prevista dall'art 22 del DL n.18/2020

Il provvedimento, a partire dal _____ e presumibilmente per n. _____ settimane,
interesserà complessivamente un numero massimo di _____ lavoratori circa (come da elenco
allegato), occupati presso: _____

che lavoreranno

orario ridotto

saranno sospesi dal lavoro.

L'Impresa dichiara sin da ora di

essere disponibile ad anticipare ai lavoratori sospesi

non essere disponibile ad anticipare ai lavoratori sospesi

alle scadenze mensili, il trattamento di integrazione salariale a carico dell'INPS SOLO ED ESCLUSIVAMENTE
SE INTERVERRÀ INDICAZIONE NORMATIVA/REGIONALE/INPS che autorizzi l'anticipazione.

Quanto sopra vale quale comunicazione e richiesta di esame congiunto ai sensi e per gli effetti dell'art. 22,
comma 1, del DL n.18/2020.

Per eventuali comunicazioni potrete contattare il Tel

Cordiali saluti.

**Allegato 3 Accordo quadro consultazione e confronto ammortizzatori sociali – assegno ordinario Fondo
Integrazione Salariale**

VERBALE DI ACCORDO

....., xx/xx/2020

Tra

L'Impresa....., con sede in via n. ...,
..... (), in persona del legale rappresentate Sig.

e

UGL Rappresentata da _____

Premesso

- che con lettera del XX/XX2020 ha comunicato che, a causa dell'emergenza COVID 19, si trova nella indifferibile necessità di ricorrere alla sospensione dal lavoro/riduzione dell'orario di lavoro per un massimo di n. XX dipendenti occupati presso la, per n..... settimane, a decorrere dal e fino al con conseguente ricorso al Fondo integrazione salariale – assegno ordinario ai sensi del DL n.18/2020 art. 19;

- che in data odierna si è tenuto l'esame congiunto telematicamente previsto dal DL n.18/2020 in occasione del quale l'Ente ha illustrato alla Organizzazione Sindacale i motivi in relazione ai quali si rende necessario il ricorso al Fondo integrazione Salariale – assegno ordinario.

- che la società è iscritta all'EBICOOP Ente Bilaterale per le cooperative e ad ASIOOP Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa

Tutto ciò premesso, si conviene che:

1., procederà per n. settimane, a decorrere dal e fino al alla sospensione dell'orario di lavoro a zero ore settimanali/riduzione di orario in base alle esigenze aziendali, fino ad un massimo di n.
Dipendenti (allegato elenco) occupati presso la di
(RSA/RSD/CDI/ecc.....), con conseguente ricorso alla al Fondo Integrazione Salariale – Assegno ordinario;

2. allo stato attuale si ritiene che la ripresa dell'attività del servizio possa avvenire al termine del periodo di assegno ordinario (FIS), e cioè a far data dal compatibilmente con l'evoluzione della situazione di emergenza COVID 19 attualmente in essere;

3. l'Impresa.....effettuerà, coerentemente con le proprie esigenze di carattere tecnico, organizzativo e produttivo e con le mansioni eventualmente da svolgersi, la rotazione dei lavoratori interessati agli ammortizzatori sociali;

4. alle normali scadenze retributive, in conseguenza della particolare situazione di emergenza, l'Impresa non anticiperà il trattamento ordinario di integrazione salariale che pertanto sarà liquidato direttamente dall'INPS;

5. l'impresa si obbliga a garantire ai propri dipendenti e/o soci lavoratori, anche nel periodo di sospensione lavorativa, la contribuzione ad EBILCOOP ed ASICOOOP.

6. l'Impresa si riserva di richiamare i lavoratori interessati dall'ammortizzatore sociale attivato (assegno ordinario) nel numero e nei tempi necessari alla ripresa, anche parziale, e alla collocazione in servizi alternativi compatibili con la mansione assegnata e rientranti nell'attività dell'Impresa con un preavviso di 24 ore;

7 . Le Parti concordano di incontrarsi su richiesta al fine di monitorare e verificare l'applicazione dell'ammortizzatore sociale con particolare riferimento alle modalità di utilizzo, all'accertamento dei pagamenti ricevuti dal personale.

Con la sottoscrizione del presente verbale le parti si danno atto di aver esperito la procedura di cui D. Lgs. n. 148/2015.

Letto, confermato e sottoscritto.

L'Impresa

UGL Rappresentata da _____

La RSU _____

La RSA _____

Allegato 4 informativa Organizzazione Sindacale, RSU/RSA per avvio ammortizzatori sociali a valere sul Fondo Integrazione Salariale – assegno ordinario

Inviata Via pec

UGL FP _____

_____, xx/xx/2020

OGGETTO: Ricorso all'assegno ordinario FIS prevista dall'art 19 del DL n.18/2020

La scrivente Impresa _____ con sede operativa in _____
(), via _____, cod. Fiscale _____
rappresentata dal suo presidente/legale rappresentante _____
autorizzato con delibera n. _____ del _____ comunica che, per eventi riconducibili
all'emergenza epidemiologica da COVID-19, si trova nella indifferibile necessità di far ricorso al Fondo
integrazione Salariale – assegno ordinario previsto dall'art 19 del DL n.18/2020.

Il provvedimento, a partire dal _____ e presumibilmente per n. _____ settimane,
interesserà complessivamente un numero massimo di _____ lavoratori circa (come da elenco
allegato), occupati presso : _____

che lavoreranno

orario ridotto

saranno sospesi dal lavoro.

L'Impresa dichiara sin da ora di

essere disponibile ad anticipare ai lavoratori sospesi

non essere disponibile ad anticipare ai lavoratori sospesi

alle scadenze mensili, il trattamento di integrazione salariale assegno ordinario a carico dell'INPS.

Nel caso di mancata anticipazione l'Impresa si impegna ad osservare le disposizioni previste ed a inviare tempestivamente all'INPS quanto altro necessari per il pagamento diretto da parte dell'INPS.

Per eventuali comunicazioni potrete contattare il Tel

Cordiali saluti.

