|  |  |
| --- | --- |
| **DA: XX (*datore di lavoro su carta intestata*)** |  |
|  | **Spettabili (OO.SS. territorialmente competenti)** |
|  | **FILCAMS – CGIL** (per CCNL Terziario e Turismo) |
|  | **FISASCAT – CISL** (per CCNL Terziario e Turismo) |
|  | **UILTuCS – UIL** (per CCNL Terziario e Turismo) |
|  | (oppure OO.SS. territorialmente competenti firmatarie del CCNL applicato in azienda – vai al [link](https://www.confcommerciomilano.it/export/sites/unione/doc/contratti_lavoro/gestione_personale/coronavirus/ammortizzatori-covid/pec-sigle-sindacali.pdf)) |
|  | **e p.c. Confcommercio MI – LO – MB**  **sindacale.confcommerciomilano@ticertifica.it** |
|  |  |

**COMUNICAZIONE DI AVVIO PROCEDURA DI CASSA INTEGRAZIONE IN DEROGA**

ai sensi degli articoli 15 e 17 del decreto-legge 2 marzo 2020, dell’articolo 22 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18 e dell'Accordo Quadro sui criteri di accesso agli ammortizzatori sociali in deroga sottoscritto da Regione Lombardia e Parti Sociali il 23 marzo 2020

L'azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_\_\_, n.\_\_, P.IVA\_\_\_\_\_\_\_\_, nella persona del legale rappresentante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - non potendo fruire delle tutele previste dalle vigenti disposizioni in materia di sospensione o riduzione di orario in costanza di rapporto di lavoro - con la presente comunica di voler procedere alla richiesta di Cassa integrazione guadagni in deroga ai sensi delle disposizioni sopra citate per il proprio personale a fronte della sospensione/riduzione dell’attività lavorativa dovuta all’emergenza sanitaria in corso.

L’azienda, infatti, si trova a dover affrontare un’importante situazione emergenziale di crisi imputabile all’attuale situazione sanitaria ed alle misure di contenimento adottate per contrastare la diffusione del COVID-19 (CORONAVIRUS), che hanno determinato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(chiusura attività, calo fatturato, calo commesse ecc).

Le predette conseguenze economiche negative rendono indifferibile la riduzione/la sospensione temporanea dell’attività lavorativa per tutto il personale occupato / per numero …………… lavoratori per un periodo decorrente dal …….. 2020 per la durata massima di tredici settimane anche non continuative o diverso periodo indicato da successive disposizioni di legge.

L’azienda applica integralmente il CCNL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La sospensione a zero ore/riduzione oraria potrà essere ulteriormente prorogata in base a specifici provvedimenti che verranno emanati.

Gli importi spettanti ai dipendenti a titolo di trattamento di cassa integrazione in deroga saranno liquidati direttamente a cura dell’Inps come previsto dall’art. 22, comma 6, D.L. n. 18/2020.

Firma del legale rappresentante

Allegato: elenco unità produttive e lavoratori occupati

**UNITÀ PRODUTTIVA DI...........**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LAVORATORI** | **IMPIEGATI/QUADRI** | **OPERAI** |
| In forza |  |  |
| Interessati dalla cigd |  |  |
| Lavor. Sospesi a 0 ore |  |  |
| Lavor. ad orario ridotto |  |  |

**UNITÀ PRODUTTIVA DI...........**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LAVORATORI** | **IMPIEGATI/QUADRI** | **OPERAI** |
| In forza |  |  |
| Interessati dalla cigd |  |  |
| Lavor. Sospesi a 0 ore |  |  |
| Lavor. ad orario ridotto |  |  |

**UNITÀ PRODUTTIVA DI...........**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LAVORATORI** | **IMPIEGATI/QUADRI** | **OPERAI** |
| In forza |  |  |
| Interessati dalla cigd |  |  |
| Lavor. Sospesi a 0 ore |  |  |
| Lavor. ad orario ridotto |  |  |