

**Accordo Quadro siglato tra Regione Lombardia e Parti sociali il 5 agosto 2014 ai sensi del
Decreto Interministeriale n. 83473 del 1° agosto 2014**

CIGD 2014 - ACCORDO SINDACALE STANDARD QUADRIMESTRE SETTEMBRE-DICEMBRE 2014

COMPLETARE IN MODO ESAURIENTE IN TUTTE LE PARTI, COMPRESE QUELLE DI TIPO DESCRITTIVO A COMPILAZIONE APERTA

Attenzione! L'accordo incompleto non consente l'ammissibilità della domanda

Luogo data

Impresa [indicare con esattezza la ragione sociale; per i somministrati indicare l'impresa utilizzatrice]

.....

Sede legale: Comune Pv. Cap.....

Sede unità produttiva: Comune Pv. Cap.....

Via..... n.

Tel. Fax.....

esercente l'attività di.....

CCNL applicato (specificare se settore artigiano)

MATRICOLA INPS (per i somministrati indicare la matricola dell'APL)

Numero Dipendenti

Dirigenti n.

Quadri n.

Impiegati n.

Operai n.

Apprendisti n.

Lavoranti a domicilio n.

Soci lavoratori n.

TOTALE n.

Lavoratori assunti con contratto di inserimento n.

Somministrati n.

Sono presenti i signori:

per l'impresa	
per l'ass. impr.le	
per l'org.ne sind.le	
per l'org.ne sind.le	
per l'org.ne sind.le	
per l'org.ne sind.le	
per ☐ RSU ☐ RSA ☐ RSB	
[solo per i somministrati] per l'APL	

i quali danno atto:

- di conoscere i contenuti del Decreto Interministeriale n. 83473 del 1° agosto 2014
- di conoscere i contenuti dell'Accordo Quadro per gli ammortizzatori sociali in deroga QUADRIMESTRE SETTEMBRE-DICEMBRE 2014 del 5 agosto 2014 che considerano parte integrante del presente accordo insieme con i suoi allegati;

PREMESSO CHE

Non sono state adottate decisioni finalizzate alla cessazione totale o parziale dell'attività dell'impresa.

L'impresa, alla data di sottoscrizione del presente accordo, dichiara di non avere possibilità di accesso, nell'ambito delle condizioni e dei limiti previsti dalle rispettive disposizioni normative, a nessuna delle prestazioni dei seguenti ammortizzatori sociali: CIGO, CIGS, Fondi di solidarietà di cui all'art. 3 commi da 4 a 41 della L. 92/2012.

1 L'impresa **non è soggetta** alla disciplina della Cassa integrazione guadagni (né della CIGO né della CIGS)

[continuare con la compilazione del quadro seguente 1]

☒ **2** L'impresa è **soggetta** alla disciplina ☐ della CIGO, ☐ della CIGS

[tralasciare il quadro seguente e passare al quadro successivo 2]

1 [quadro riservato alle imprese non soggette alla disciplina della Cassa integrazione guadagni (né della CIGO né della CIGS)]

L'impresa ha già richiesto, a partire dal 1 gennaio 2014, i seguenti periodi di CIGD:

dal al..... (ripetere se necessario)

L'impresa manifesta la necessità di richiedere l'intervento della CIGD con la seguente causale: *[indicare una sola causale]*

- ☐ Evento transitorio non imputabile all'imprenditore o ai lavoratori
- ☐ Situazione temporanea di mercato
- ☐ Crisi aziendale
- ☐ Ristrutturazione o riorganizzazione

[descrivere, qui di seguito o in documento allegato, per la causale indicata, la situazione che motiva e giustifica la richiesta]

This image shows a full page of white paper with ten horizontal dashed lines, evenly spaced from top to bottom. These lines are typical of primary-ruled notebook paper used for teaching handwriting or basic writing skills. There are no margins, text, or other markings on the page.

I RAPPRESENTANTI DELLE PARTI PRESENTI CONCORDANO SU QUANTO SEGUE

Quanto premesso è parte integrante del presente accordo.

Al fine di superare la situazione di difficoltà come sopra descritta l'impresa richiederà l'intervento della CIGD, con la causale indicata e motivata in premessa, con le seguenti modalità:

- **NUMERO MASSIMO LAVORATORI IN CIGD:** che potranno essere collocati in CIGD solo dopo aver fruito degli strumenti ordinari di flessibilità, compreso lo smaltimento delle ferie residue.
- **PERIODO:** data inizio data fine
- **NUMERO COMPLESSIVO DELLE ORE DI CIGD DA RICHIEDERE**

Il periodo richiesto non può eccedere la durata complessiva di 11 mesi nell'anno 2014 e comunque la data del 31/12/2014.

L'impresa

☐ chiederà all'INPS il pagamento diretto dell'indennità ai lavoratori

☐ chiederà all'INPS il pagamento a conguaglio, anticipando il trattamento secondo le modalità sotto indicate

[esplicitare in modo dettagliato eventuali note aggiuntive]

.....

.....

[descrivere in modo dettagliato la prevista modalità della sospensione o riduzione dell'attività con particolare riferimento all'eventuale rotazione del personale in CIGD o alle motivazioni che la impediscono]

.....

.....

Al termine del periodo di CIGD richiesto:

☐ È prevista la ripresa dell'attività per tutti i lavoratori, senza esuberi.

☐ È prevista la ripresa dell'attività per una parte dei lavoratori, con esuberi parziali prevedibilmente quantificabili nel numero di unità.

[Nel caso siano previsti ESUBERI]:

Si concorda altresì sul seguente PIANO DI GESTIONE DEGLI ESUBERI:

[descrivere o allegare]

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sarà cura del datore di lavoro comunicare:

1. a tutti i lavoratori per i quali richiede la CIGD le informazioni relative ai periodi di CIGD contenute nell'ALLEGATO 3 - A dell'Accordo Quadro sui criteri per l'accesso agli ammortizzatori sociali in deroga in Lombardia – Quadrimestre settembre-dicembre 2014;
2. ai soli lavoratori per i quali è previsto l'obbligo di attivazione (comunicazione da dare entro il giorno di decorrenza della sospensione del lavoratore) le informazioni relative ai periodi di CIGD contenute nell'ALLEGATO 3 - B dell'Accordo Quadro sui criteri per l'accesso agli ammortizzatori sociali in deroga in Lombardia – Quadrimestre settembre-dicembre 2014, contenente l'indicazione del percorso di ricollocazione/riqualificazione concordato tra le parti contenuta nella sezione che segue che verrà consegnata in copia.

Sezione da completare:

- **obbligatoriamente quando:**
 - **vi sono lavoratori coinvolti in un piano di gestione degli esuberi (servizi dedicati alla ricollocazione)**
 - **sono previste sospensioni a zero ore senza rotazione e l'azienda ha già fruito di periodi di CIGD o CIGS nel corso del 2014 (servizi dedicati alla formazione/riqualificazione professionale.)**
- facoltativamente nel caso in cui le parti ravvedano l'opportunità di servizi dedicati alla **formazione/riqualificazione professionale**

Politiche attive

I firmatari concordano che i lavoratori sospesi parteciperanno al percorso

☐ di formazione/riqualificazione professionale

☐ di ricollocazione

di seguito sinteticamente descritto:

- obiettivo dell'intervento:

- tipologia e descrizione dei percorsi:

- lavoratori coinvolti:

- durata dell'intervento:

- eventuale certificazione delle competenze:

- previsione di eventuali risorse economiche aziendali e/o paritetiche sociali:

- eventuali indicazioni logistico-organizzative:

I rappresentanti delle Parti presenti dichiarano che i criteri e i requisiti previsti nel Decreto Interministeriale n. 83473 del 1°agosto 2014 dovranno comunque essere integralmente applicati anche per quanto non disciplinato dal presente accordo.

Letto, confermato e sottoscritto.

Per l'impresa

Per le Organizzazioni sindacali dei lavoratori

Per l'Ass.ne dell'impresa

per ☐ RSU

☐ RSA

☐ RSB

Per l'APL

Eventuali allegati:

.....