



VERBALE DI ACCORDO SINDACALE PER L'EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE COVID-19 "CORONAVIRUS" DI CUI ALL'ACCORDO INTERCONFEDERALE 26/02/2020

Il giorno / / si sono incontrati, presso Sede aziendale Diramazione territoriale EBAP di

L'IMPRESA

.....
avente sede in Prov via n. CAP
tel fax E - mail PEC
C.F P.IVA CSC
Matricola INPS CCNL applicato Con n° dip

SE DITTA INDIVIDUALE :

il TITOLARE nato a il
..... residente a prov codice fiscale P.iva
via n. CAP
tel fax E - mail PEC
Matricola INPS CCNL applicato Con n° dip

Rappresentata da in qualità di legale rappresentante

- La parte Sociale Datoriale competente per territorio nella persona di
 - CONFARTIGIANATO: Nome Cognome
 - CNA: Nome Cognome
 - CASARTIGIANI: Nome Cognome
 - CLAAI: Nome Cognome
 - Il /I Rappresentante Sindacale di Bacino , RSA o RSU nella/e persona/e di:
 - CGIL: Nome Cognome
 - CISL: Nome Cognome
 - UIL: Nome Cognome

PREMESSO CHE

- L'impresa ha comunicato la volontà di sospendere/ridurre l'attività per il periodo che va
dal ___/___/___ al ___/___/___ a seguito di: **CORONAVIRUS**





E che:

- l'impresa allega un'autodichiarazione delle connessioni con il CORONAVIRUS ;
- l'impresa dichiara una anzianità aziendale dei dipendenti oggetto di sospensione dell'orario precedente il 26 febbraio 2020;
- l'azienda dichiara di essere in regola con la contribuzione dovuta da parte dell'azienda a FSBA per i 36 mesi precedenti l'evento;
- 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

(barrare una sola opzione)

- La sospensione dall'attività di n. dipendenti dal /..... /..... al /..... /....., come di seguito indicato,
- La riduzione dell'attività lavorativa di n. dipendenti dal /..... /..... al /..... /..... , come di seguito indicato,

conformemente a quanto richiesto nella domanda da inviare tramite piattaforma informatica, da parte dell'impresa o suo intermediario, ad FSBA unitamente al presente verbale (art. 8 regolamento FSBA).

Per accettazione

....., li

(Luogo)

(Data)

Timbro e Firma dell' Impresa

.....

La Rappresentanza Datoriale

.....

firma

La Rappresentanza Sindacale

.....

firma

N.B. È prevista la possibilità di sottoscrivere gli accordi sindacali anche in modalità telematica.





SCHEDE LAVORATORI

COGNOME	NOME	COD. FISC.	DATA NASCITA ___/___/___	
COMUNE O STATO DI NASCITA		COMUNE DI RESIDENZA	VIA	N .
DATA INIZIO ___/___/___	DATA FINE ___/___/___	ORARIO SETTIMANALE	GIORNATE SETTIMANALE	

COGNOME	NOME	COD. FISC.	DATA NASCITA ___/___/___	
COMUNE O STATO DI NASCITA		COMUNE DI RESIDENZA	VIA	N .
DATA INIZIO ___/___/___	DATA FINE ___/___/___	ORARIO SETTIMANALE	GIORNATE SETTIMANALE	

COGNOME	NOME	COD. FISC.	DATA NASCITA ___/___/___	
COMUNE O STATO DI NASCITA		COMUNE DI RESIDENZA	VIA	N .
DATA INIZIO ___/___/___	DATA FINE ___/___/___	ORARIO SETTIMANALE	GIORNATE SETTIMANALE	

COGNOME	NOME	COD. FISC.	DATA NASCITA ___/___/___	
COMUNE O STATO DI NASCITA		COMUNE DI RESIDENZA	VIA	N .
DATA INIZIO ___/___/___	DATA FINE ___/___/___	ORARIO SETTIMANALE	GIORNATE SETTIMANALE	

COGNOME	NOME	COD. FISC.	DATA NASCITA ___/___/___	
COMUNE O STATO DI NASCITA		COMUNE DI RESIDENZA	VIA	N .
DATA INIZIO ___/___/___	DATA FINE ___/___/___	ORARIO SETTIMANALE	GIORNATE SETTIMANALE	

COGNOME	NOME	COD. FISC.	DATA NASCITA ___/___/___	
COMUNE O STATO DI NASCITA		COMUNE DI RESIDENZA	VIA	N .
DATA INIZIO ___/___/___	DATA FINE ___/___/___	ORARIO SETTIMANALE	GIORNATE SETTIMANALE	

COGNOME	NOME	COD. FISC.	DATA NASCITA ___/___/___	
COMUNE O STATO DI NASCITA		COMUNE DI RESIDENZA	VIA	N .
DATA INIZIO ___/___/___	DATA FINE ___/___/___	ORARIO SETTIMANALE	GIORNATE SETTIMANALE	

COGNOME	NOME	COD. FISC.	DATA NASCITA ___/___/___	
COMUNE O STATO DI NASCITA		COMUNE DI RESIDENZA	VIA	N .
DATA INIZIO ___/___/___	DATA FINE ___/___/___	ORARIO SETTIMANALE	GIORNATE SETTIMANALE	

COGNOME	NOME	COD. FISC.	DATA NASCITA ___/___/___	
COMUNE O STATO DI NASCITA		COMUNE DI RESIDENZA	VIA	N .
DATA INIZIO ___/___/___	DATA FINE ___/___/___	ORARIO SETTIMANALE	GIORNATE SETTIMANALE	





ACC. COVID-19 "CORONAVIRUS"

COGNOME	NOME	COD. FISC.	DATA NASCITA	___/___/___
COMUNE O STATO DI NASCITA		COMUNE DI RESIDENZA	VIA	N .
DATA INIZIO	___/___/___	DATA FINE	___/___/___	ORARIO SETTIMANALE
			GIORNATE SETTIMANALE	

COGNOME	NOME	COD. FISC.	DATA NASCITA	___/___/___
COMUNE O STATO DI NASCITA		COMUNE DI RESIDENZA	VIA	N .
DATA INIZIO	___/___/___	DATA FINE	___/___/___	ORARIO SETTIMANALE
			GIORNATE SETTIMANALE	

COGNOME	NOME	COD. FISC.	DATA NASCITA	___/___/___
COMUNE O STATO DI NASCITA		COMUNE DI RESIDENZA	VIA	N .
DATA INIZIO	___/___/___	DATA FINE	___/___/___	ORARIO SETTIMANALE
			GIORNATE SETTIMANALE	

COGNOME	NOME	COD. FISC.	DATA NASCITA	___/___/___
COMUNE O STATO DI NASCITA		COMUNE DI RESIDENZA	VIA	N .
DATA INIZIO	___/___/___	DATA FINE	___/___/___	ORARIO SETTIMANALE
			GIORNATE SETTIMANALE	

COGNOME	NOME	COD. FISC.	DATA NASCITA	___/___/___
COMUNE O STATO DI NASCITA		COMUNE DI RESIDENZA	VIA	N .
DATA INIZIO	___/___/___	DATA FINE	___/___/___	ORARIO SETTIMANALE
			GIORNATE SETTIMANALE	

COGNOME	NOME	COD. FISC.	DATA NASCITA	___/___/___
COMUNE O STATO DI NASCITA		COMUNE DI RESIDENZA	VIA	N .
DATA INIZIO	___/___/___	DATA FINE	___/___/___	ORARIO SETTIMANALE
			GIORNATE SETTIMANALE	

COGNOME	NOME	COD. FISC.	DATA NASCITA	___/___/___
COMUNE O STATO DI NASCITA		COMUNE DI RESIDENZA	VIA	N .
DATA INIZIO	___/___/___	DATA FINE	___/___/___	ORARIO SETTIMANALE
			GIORNATE SETTIMANALE	

COGNOME	NOME	COD. FISC.	DATA NASCITA	___/___/___
COMUNE O STATO DI NASCITA		COMUNE DI RESIDENZA	VIA	N .
DATA INIZIO	___/___/___	DATA FINE	___/___/___	ORARIO SETTIMANALE
			GIORNATE SETTIMANALE	

COGNOME	NOME	COD. FISC.	DATA NASCITA	___/___/___
COMUNE O STATO DI NASCITA		COMUNE DI RESIDENZA	VIA	N .
DATA INIZIO	___/___/___	DATA FINE	___/___/___	ORARIO SETTIMANALE
			GIORNATE SETTIMANALE	





AUTODICHIARAZIONE AZIENDA CONNESSIONE CORONAVIRUS

Il sottoscritto nato aprov il

Residente in Prov via n. CAP

Tel Cell..... fax E - mail.....@.....

PEC.....@..... C.F.P.IVA.....

Titolare dell' azienda..... Matricola INPS

in qualità di legale rappresentante:

DICHIARA

Che:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Timbro e Firma dell'Impresa

.....

