

SU CARTA INTESTATA APL

Spett.li

FILCAMS-CGIL
(sia territoriali che nazionali)

FISASCAT-CISL
(sia territoriali che nazionali)

UILTUCS-UIL
(sia territoriali che nazionali)

RSA-RSU (ove presenti)

Oggetto: Assegno ordinario “Covid-19 nazionale” - COMUNICAZIONE PREVENTIVA ex art. 19, comma 2, Decreto Legge n. 18/2020

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di legale rappresentante/delegato di *Nome ApL* con sede legale in _____ Via _____, C.F./P.IVA _____ l'attivazione del Fondo di integrazione salariale (FIS) di cui al D. Lgs. n. 148/2015 per la richiesta dell'assegno ordinario con la causale “COVID-19 nazionale”, ai sensi dell'art. 19 del D.L. n. 18/2020.

L'azienda, a causa all'attuale emergenza sanitaria ed alle relative misure di contenimento adottate per contrastare la diffusione del COVID-19, si trova costretta a ridurre/sospendere temporaneamente l'attività lavorativa del proprio personale dipendente in tutte le sedi (filiali) presenti sul territorio nazionale come riportato nel prospetto allegato (*ovvero del proprio personale dipendente impiegato in n. ____ sedi (filiali) come riportato nel prospetto allegato*).

In particolare la predetta sospensione/riduzione vede interessati n. ____ lavoratori a decorrere dal _____ e per massimo 9 settimane, anche non consecutive, entro il 31 agosto 2020 nel rispetto del limite massimo previsto dall'art. 19, comma 1, del D.L. n. 18/2020.

La presente comunicazione è effettuata al fine di ottemperare agli obblighi di cui dell'articolo 19, comma 2, del D.L. n. 18/2020.

La scrivente Agenzia per il Lavoro si rende disponibile a svolgere su richiesta delle Parti, ed entro il termine di tre giorni dal ricevimento della presente, l'esame congiunto anche in via telematica. Decorso il predetto termine si procederà all'inoltro della domanda per la richiesta di assegno ordinario per il tramite della procedura telematica sul portale INPS.

L'azienda occupa attualmente n. _____ dipendenti complessivi, ed ai quali si applica integralmente il CCNL Commercio e Terziario.

Cordiali saluti

SU CARTA INTESTATA APL

_____, li __/__/____

Firma

Allegati:

- Documento d'Identità del legale rappresentante;
- Elenco sedi (filiali);

