

FSR**MOD. 20/3**

CASSA INTEGRAZIONE ASSISTENZA

Via Garibaldi, 70 – Siena - tel.0577530061-fax 0577530073

info@cia.si.it - www.cia.si.itBANCA
FILIALE
N° C/CABI
IBAN

CAB

DITTA

cod.

INDIRIZZO

**RICHIESTA DI INTERVENTO AL FONDO SOSTEGNO
AL REDDITO PER SOSPENSIONE DI ATTIVITA'**

- A) eventi atmosferici che provochino danni documentati tali da richiedere la sospensione dell'attività
- B) calamità naturali
- C) interruzione dell'erogazione delle fonti energetiche causata da fattori e soggetti esterni all'impresa
- D) difficoltà di utilizzo delle materie prime già acquistate dovute a fattori e soggetti esterni non legati al sistema economico, produttivo o di mercato
- E) mancanza di lavoro
- F) riconversioni derivanti da ristrutturazioni aziendali e processi di innovazione tecnologici interni all'impresa
- G) sospensioni derivanti da interventi di bonifica ambientale finalizzati alla salvaguardia della salute sui singoli luoghi di lavoro
- H) gravi calamità (es. incendio, sisma, allagamento, etc)

Dettagliare i motivi della sospensione

Prospettive di ripresa

DATI OCCUPAZIONALI ALLA DATA DELLA RICHIESTA

- **Operai** **n.**
- **Impiegati** **n.**
- **Apprendisti** **n.**
- **Orario settimanale di lavoro adottato dall'azienda n. ore**

DIPENDENTI PER I QUALI SI RICHIEDE L'INTERVENTO

Numero Dipendenti	Codice qualifica	Periodo dell'evento Dal.. Al.....		Giorni di sospensione	Numero ore richieste
	01				
	02				
	04				
	05				
	01cfl				
	02cfl				

AVVERTENZE

- ◆ La domanda deve essere inoltrata il giorno 25 del mese successivo a quello in cui ha avuto inizio l'evento.
- ◆ Le prospettive di ripresa devono essere indicate con precisione evidenziando bene la data.
- ◆ I dati occupazionali richiesti devono essere riferiti al momento dell'inizio dell'evento.
- ◆ Codici Qualifica: 01 = operai; 02 = impiegati; 04 = apprendisti impiegati; 05 = apprendisti operai; 01CFL = operai a contratto formazione lavoro; 02CFL = impiegati a contratto formazione lavoro.
- ◆ La Commissione autorizza la richiesta di intervento in base ai dati dichiarati dall'azienda. Qualora questi risultassero in tutto o in parte inesatti o infondati, l'autorizzazione sarà revocata e l'azienda tenuta alla restituzione di quanto ricevuto.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

Foglio presenze mensili o L.U.L. – Accordo sindacale (mod.20/2).

*Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679, C.I.A. CASSA INTEGRAZIONE ASSISTENZA, in qualità di Titolare del trattamento dei suoi dati personali, La informa che i dati acquisiti saranno trattati, in modalità informatizzata e non, per l'esecuzione di obblighi di legge o di contratto e per garantire la corretta gestione amministrativa e contabile e che i suoi dati non saranno oggetto di diffusione. Per l'esercizio dei suoi diritti, così come previsto dal Regolamento, può contattarci: Tel. 0577 530061 - info@cia.si.it
L'informativa completa sul trattamento dei dati personali è disponibile sul sito www.cia.si.it.*

DATA

TIMBRO E FIRMA DELL'AZIENDA _____