|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DURATA AMMORTIZZATORE SOCIALE** | **DA** | **A** | **NUMERO LAVORATORI COINVOLTI E NUMERO ORE DI SOSPENSIONE/RIDUZIONE** |
| N……………………………….settimane**\*****\* max 9 settimane** | gg/mm/aaaa | gg/mm/aaaa | * n° ……operai full-time posti a zero ore *oppure* ad orario ridotto (………%)**\***
* n°……..operai part-time posti a zero ore *oppure* ad orario ridotto (………..%)**\***
* n° ……..impiegati full-time posti a zero ore *oppure* ad orario ridotto (………..%)**\***
* n° ……..impiegati part-time posti a zero ore *oppure* ad orario ridotto (………..%)**\***

**\*evidenziare in grassetto solamente l’ipotesi prescelta (sospensione di orario oppure riduzione di orario)** |

**RAGIONE SOCIALE AZIENDA**: ………………………………………………

**CCNL APPLICATO:** ……………………………………………

**CATEGORIA PRODUTTIVA**: industria terziario artigianato

**CONTRIBUZIONE:** IVS IVS+FIS FSBA ALTRO

In base alle indicazioni di cui sopra, la scrivente Azienda chiede quindi a Confimi Apindustria Bergamo di dare comunicazione alle OO.SS. di categoria, come previsto dall’art. 19 del D.L: n. 18/2020, ai fini della procedura prevista, in relazione allo stato di emergenza legato all’emergenza epidemiologica da COVID-19.

La presente sarà altresì consegnata dalla scrivente alla RSU aziendale (laddove esistente), ai medesimi fini di cui sopra.

LUOGO E DATA

 TIMBRO E FIRMA