



Provincia di Avellino
Assessorato alle Politiche del Lavoro, Centri per l'Impiego,
Formazione Professionale e Relazioni sindacali

**DOMANDA DI TRATTAMENTO
DI
INTEGRAZIONE SALARIALE IN DEROGA**

REGIONE CAMPANIA
Assessorato al Lavoro
Settore ORMEL
Servizio Politiche del Lavoro
C.D.N. Isola A/6
80143 **NAPOLI**
Fax 0817966229

RACCOMANDATA A.R.

PROVINCIA DI AVELLINO
Assessorato alle Politiche del Lavoro,
Centri per l'Impiego, Formazione
Professionale e Relazioni sindacali
Via Pescatori
83100 - Avellino
Fax 0825790644

ITALIA LAVORO
Via Vicinale S.Maria del Pianto
Centro Polifunzionale INAIL Torre 5
80142 **NAPOLI**
Fax 0817872443

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
in qualità di (indicare la posizione e i poteri) _____

in nome e per conto della società _____

chiede:

- prima concessione
- prima proroga
- seconda proroga
- ulteriore proroga

del trattamento di cassa integrazione guadagni, ai sensi della legge _____, per le unità aziendali e per il periodo di seguito riportati

A) DATI RELATIVI ALL'AZIENDA									
Denominazione:									
Natura giuridica:				Indirizzo sede legale:					
C.A.P.:		Comune					Provincia		
Telefono			Fax:		E-mail:				
Codice fiscale:					Partita IVA:				
N. matricola INPS Azienda:					Sede INPS:				
Settore di appartenenza:						Cod. ateco:			
Data inizio attività : .../.../.....				CCNL applicato:					
Unità aziendale chiusa:		SI		NO					
Organico aziendale (indicare il numero): indeterminati di cui uomini n. donne n.									
determinati di cui uomini n. donne n.									
apprendisti di cui uomini n. donne n.									
altre forme di collaborazione di cui uomini n. donne n.									
TOTALE di cui uomini n. donne n.									
di cui lavoratori diversamente abili di cui uomini n. donne n.									

B) TIPOLOGIA DI CRISI

• **CRISI CONGIUNTURALE**

• **CRISI STRUTTURALE**

C) PERIODO DI INTERVENTO PREVISTO DALL'ACCORDO SINDACALE AZIENDALE

Periodo della domanda dal _____ al _____

D) DATI RELATIVI ALLE UNITÀ AZIENDALI IN C.I.G. (di cui alla presente domanda da ripetere per ogni unità aziendale)

Unità aziendale (stabilimento/ufficio/magazzino/ecc) N.	
Comune	Provincia C.A.P.
Indirizzo	
Numero lavoratori interessati:	Matricola INPS unità aziendale (se diversa dal quadro A)
	n. di cui uomini n. donne n.
Livello di inquadramento:	n. di cui uomini n. donne n.
	n. di cui uomini n. donne n.
	n. di cui uomini n. donne n.

E) PROGETTO FORMATIVO COLLEGATO

Si dichiara, in caso di richiesta oltre la prima concessione, di aver provveduto all'invio al Settore ORMEL della Regione Campania del progetto formativo collegato alla sottoscrizione dell'accordo per l'anno 2011:

SI • NO •

F) PAGAMENTO DIRETTO

Si richiede il pagamento diretto da parte dell'INPS

La presente domanda si compone:

- del presente modello "CIGS/DEROGA 2012" - pagine da 1 a _____ ;
- dell'Allegato 1;
- dell'Allegato 2;
- dell'Allegato 3;
- del piano gestione esuberanti (solo per le crisi strutturali);
- di copia del verbale di accordo raggiunto su base aziendale;
- dei seguenti eventuali altri allegati: _____

Si fa riserva di trasmettere all'Assessorato al Lavoro della Regione Campania copia del verbale sottoscritto presso l'Assessorato al Lavoro della Provincia di _____ in data _____/_____/_____.

Data

Firma del Legale Rappresentante

Nominativo del referente per la richiesta in oggetto:

(Cognome) _____ (Nome) _____

Telefono _____ Fax _____ Tel. cell. _____

E-mail _____

ALLEGATO 1)

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ DEL TITOLARE/LEGALE RAPPRESENTANTE DELL'AZIENDA.

Il sottoscritto consapevole delle responsabilità civili e penali conseguenti a dichiarazioni false, per sé e relativamente all'azienda rappresentata, dichiara quanto segue:

- a) il trattamento di integrazione salariale decorre dal _____;
- b) sussistono le condizioni previste dall'Accordo-Quadro sottoscritto presso l'Assessorato al Lavoro della Giunta Regionale della Campania in data 18.01.12;
- c) i lavoratori sospesi non hanno fruito del trattamento ordinario di integrazione salariale o di altri trattamenti nel periodo di intervento in oggetto della presente domanda;
- d) ciascun lavoratore collocato in CIGS ha maturato un'anzianità lavorativa aziendale pari o superiore a 90 giorni dalla data iniziale della prima concessione;
- e) è stato adottato il criterio di rotazione Si No
- f) in caso di richiesta di CIG in deroga, con pagamento diretto da parte dell'INPS, si impegna a presentare o inviare la relativa domanda alla competente sede di detto Istituto, entro 20 giorni dall'inizio della sospensione o della riduzione dell'orario di lavoro (art. 7-ter, comma 2 L.33/09);
- g) è impegnato a presentare all'INPS direttamente il mod. IG15/Deroga;
- h) è impegnato a presentare ad ITALIA LAVORO, propedeutico al preaccordo Provinciale di richiesta della Cigs in deroga, il Format (QUADRO D) debitamente compilato e aggiornato, successivamente al decreto di concessione, mensilmente con le ore di effettiva Cassa integrazione in deroga utilizzate;
- i) si impegna a far sottoscrivere ai lavoratori destinatari del trattamento la "dichiarazione di disponibilità" utilizzando il mod. DID-Cod.SR105, mantenendo presso di sé i modelli firmati dai lavoratori, dichiarando tale situazione nell'ambito del nuovo modello SR 100 ed inviando l'elenco dei lavoratori beneficiari dell'integrazione salariale all'Inps;
- j) è impegnato, inoltre, a comunicare tempestivamente all'INPS e comunque entro il 20 di ogni mese eventuali variazioni relative alla posizione dei lavoratori interessati che dovessero intervenire;
- k) è impegnato a richiedere a ciascuno dei lavoratori che saranno collocati in CIGS dichiarazione di responsabilità, da inviare alla competente sede INPS, con la quale i medesimi attestino di non beneficiare, al medesimo tempo, di alcuna prestazione previdenziale o assistenziale connessa alla sospensione dell'attività lavorativa, anche con oneri a carico di altro Ente Pubblico;

Data, _____

TIMBRO E FIRMA LEGALE RAPP.TE

ALLEGATO 2)

l'azienda è inquadrata nel settore:

- "industria"
- "artigiano"
- "commercio"
- "servizi"
- "terziario"
- "edilizia"
- "altro" (indicare l'attività specifica)

CCNL applicato _____

CODICE ISTAT _____

se inquadrata nel settore "industria":

ha 15 dipendenti o meno di 15 dipendenti:

- ha fatto ricorso alla CIGO (indicare i periodi)

- non può fare ricorso alla CIGO (indicare i motivi)

ha più di 15 dipendenti :

- ha già fatto ricorso alla CIGO (indicare il numero di settimane utilizzate);

- non ha fatto ricorso alla CIGO (indicare i motivi)

- ha già fatto ricorso alla CIGS (indicare i periodi ed il titolo di intervento);

- non ha fatto ricorso alla CIGS né può fare ricorso alla CIGS (indicare i motivi):

Data, _____

ALLEGATO 3)

_____, li _____

REGIONE CAMPANIA
Assessorato al Lavoro
Settore ORMEL
Servizio Politiche del Lavoro
C.D.N. Isola A/6
80143 NAPOLI

PROVINCIA DI AVELLINO
Assessorato alle Politiche del Lavoro, Centri
per l'Impiego, Formazione Professionale e
Relazioni sindacali
Via Pescatori
83100 - AVELLINO

c.a.

ITALIA LAVORO
Via Vicinale S. Maria del Pianto
Centro Polifunzionale INAIL
Torre 5
Fax 0817872443
80142 NAPOLI

Dichiarazione sostitutiva della
CERTIFICAZIONE GENERICA
(D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Io sottoscritto _____

in qualità di *(indicare la posizione e i poteri)* _____

legale rappresentante della società _____

nato a _____ il ___/___/___ (gg/mm/aaaa)

cod. fisc. _____

residente in _____ via _____ n° _____

Recapito telefonico _____

consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000,

DICHIARO

che l'azienda da me rappresentata richiede l'accesso ai trattamenti di CIG in deroga, in presenza dei requisiti richiesti dal comma I dell'art. 7ter della L. n. 33 del 09/04/2009, per le seguenti motivazioni:

- crisi economico-finanziaria (Relazione dettagliata relativa alle motivazioni poste alla base della richiesta con espressa evidenziazione degli indicatori economico-finanziari dai quali emerge l'andamento negativo

della situazione aziendale, risultato economico negativo dell'impresa, situazione debitoria, calo improvviso del fatturato/commesse, ecc.):

	ANNO 2010	ANNO 2011	ANNO IN CORSO
Fatturato			
Risultato Operativo			
Risultato d'Impresa			
Attività a breve (Cassa, crediti vs banche, clienti, altri crediti, magazzino, ratei e risconti entro l'anno)			
Passività a breve (debiti vs. banche, fornitori, debiti vs ist. previdenziali ed agenzie, altri finanziamenti, ratei e risconti passivi)			
Indice di capitalizzazione (Patrimonio netto/totale attivo)			

crisi di mercato:

_____ li, ____/____/_____

In fede

TIMBRO e FIRMA LEGALE RAPP.TE