

COMUNICAZIONE UTILIZZO FSBA

Alla CONFARTIGIANATO IMPRESE CITTA' METROPOLITANA DI VENEZIA: confartigianto.provinciavenezia@legalmail.it

Alla CISL VENEZIA: ust.venezia@pec.cisl.it

Alla CGIL VENEZIA: venezia@pecgil.it

Alla UIL VENEZIA: urveneto@pec.it

Oggetto: comunicazione utilizzo FSBA per situazioni climatiche straordinarie

La scrivente impresa _____ sita nel Comune di _____ in via _____ n. _____ tel. _____ fax _____
 P. IVA/Cod. Fisc. _____ Matr. INPS _____ CSC _____
 nella persona di _____ in qualità di titolare/legale rappresentante

con la presente comunica alle OOSS ed ad una A.A. il ricorso alla prestazione dell'Assegno di integrazione salariale erogato dal Fondo di solidarietà dell'artigianato (**FSBA**) ai sensi dell'art. 30, c. 1 bis, D.lgs. n. 148/2015 come modificato dall'art. 1, c. 208, Legge n. 234/2021 e delle norme regolamentarie del Fondo medesimo.

Il ricorso alla prestazione FSBA ha coinvolto un numero di dipendenti, come da elenco allegato, pari a ____ per un totale di ____ giorni nel mese di _____ e ore _____ ed è dovuto alla seguente condizione climatica straordinaria: (descrizione dell'evento meteo/avversità atmosferiche e della fase di lavoro in esecuzione)

L'impresa dichiara:

1. che è in regola con la contribuzione dovuta a FSBA e che ha titolo alla richiesta delle prestazioni FSBA in quanto non rientra nel campo di applicazione del Titolo I del d.lgs. 14 settembre 2015, n. 148;
2. di aderire/non aderire ad EBAV (*barrare l'ipotesi che non ricorre*)
3. di avere natura artigiana e di applicare il seguente contratto collettivo:

4. che ha svolto da ultimo per periodi fino al _____ una procedura per FSBA con le seguenti OOSS:

5. che l'impresa si impegna ad operare l'invio telematico della domanda di prestazione per il tramite della piattaforma informatica di FSBA predisposta all'uopo nel rispetto dei termini previsti dal vigente Regolamento FSBA, allegando il presente verbale a ciascuna domanda della mensilità di competenza.

Per ogni ulteriore richiesta vi preghiamo di contattare il/la sig./ra _____ dello Studio/Associazione telefono _____ e-mail _____

Si autorizza altresì il trattamento dei dati sopra indicati per la finalità in oggetto il tutto ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679.

Distinti saluti

Località _____ data _____

L'IMPRESA
 (timbro firma titolare / legale rappresentante)

ELENCO LAVORATORI
Periodo di sospensione previsto

NOME E COGNOME	Dal	Al	Tot. ore

Le parti sottoscrittrici il presente accordo si danno reciprocamente atto che i dati personali di ogni singolo lavoratore sono contenuti nel LUL.

Timbro e Firma Azienda
