

Regione Lazio

Direzione Regionale Istruzione Formazione
e Lavoro Area decentrata Centri per
l'impiego Lazio Centro

Servizio Inserimento Lavoro Disabili S.I.L.D.

PEC: sildcpicentro@regione.lazio.legalmail.it

Oggetto: Art. 3 c. 5 L. 68/99, art. 4 del D.P.R. N. 333/2000 e ss.mm.ii. Dichiarazione di fruizione di ammortizzatori sociali per l'applicazione della sospensione dagli obblighi occupazionali.

Il sottoscritto _____

Legale Rappresentante dell'Azienda _____

con sede legale in _____

Con unità produttive ubicate nelle province di:

C.F. _____

P. IVA _____

Telefono _____

PEC società _____

Email referente aziendale _____

Consapevole delle conseguenze e delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni false o non rispondenti al vero:

DICHIARA

Consapevole che la sospensione dagli obblighi di assunzione di cui all'art. 3 c. 5 della L.68/99 e ss.mm.ii., opera nei confronti dei datori di lavoro che si trovano in una delle condizioni sotto elencate, di fruire dei seguenti ammortizzatori sociali (barrare la casella corrispondente)

- Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria. (Ristrutturazione, riorganizzazione e riconversione aziendale; crisi aziendale)
- Cassa Integrazione Guadagni in Deroga
- Contratto di Solidarietà (art. 21 D.lgs. 148/2015; art. 5 L. n. 236/1993)
- Fondo di Solidarietà di settore del credito e del credito cooperativo (art. 2 c. 28 L. n. 662/1996)
- Assunzione di soggetti percettori di sostegno al reddito
- Procedure di incentivo all'esodo (art. 4 c. da 1 a 7 ter L. 92/2012)

Nelle fattispecie summenzionate gli obblighi sono sospesi per la durata del trattamento e **per il singolo ambito provinciale in proporzione dell'attività lavorativa effettivamente sospesa o ridotta.**

- Mobilità (art. 4 e 24 L. 223/1991)
 - a) Licenziamenti pari o superiori a 5 (ulteriori 6 mesi di sospensione dalla data di comunicazione dell'ultimo licenziamento)
 - b) Licenziamenti <5 (la durata della sospensione coincide con la durata della procedura di mobilità)

Tale istituto sospende su tutto il territorio Nazionale

CHIEDE

L'applicazione della misura di sospensione dagli obblighi occupazionali art. 3 c. 5 della L.68/99 in proporzione dell'attività effettivamente sospesa o ridotta

Ai fini istruttori si **allega**

- Verbale di accordo sindacale firmato dalle rappresentanze sindacali
- Verbale di mancato accordo sindacale
- Informativa sindacale e PEC di invio alle relative sigle sindacali (solo per CIGO e FIS)
- Decreto Ministeriale

Si allega altresì:

- **Prospetto Informativo**
- **Numero delle Unità coinvolte dall'ammortizzatore sociale sulla Città Metropolitana di Roma Capitale**
- **Documento del Rappresentante Legale in corso di validità**

***Tale dichiarazione e i suoi allegati dovranno pervenire solo ed esclusivamente a mezzo PEC (sildcpicentro@regione.lazio.it)**

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il/la sottoscritto/a dichiara di autorizzare il trattamento dei dati personali e di essere consapevole che gli stessi saranno trattati nell'ambito della presente procedura, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/67 (RGPD) sulla protezione dei dati personali, con le modalità indicate nell'"informativa Privacy SILD/per datori di lavoro pubblici e privati" pubblicata sul Portale Regionale al link <http://www.regione.lazio.it/impreselavoro/SILD-Servizio-Inserimento-Lavoro-Disabilita> (sezione "Modulistica Imprese"). Dichiara, altresì, di aver preso visione della suddetta informativa.

Luogo e Data

Firma del Legale Rappresentante
