

**Accordo Quadro siglato tra Regione Lombardia e Parti sociali il 5 agosto 2014 ai sensi del  
Decreto Interministeriale n. 83473 del 1° agosto 2014**

**CIGD 2014 - ACCORDO SINDACALE STANDARD QUADRIMESTRE SETTEMBRE-DICEMBRE 2014**

COMPLETARE IN MODO ESAURIENTE IN TUTTE LE PARTI, COMPRESSE QUELLE DI TIPO DESCRITTIVO A COMPILAZIONE APERTA

**Attenzione! L'accordo incompleto non consente l'ammissibilità della domanda**

Luogo ..... data .....

Impresa [indicare con esattezza la ragione sociale; per i somministrati indicare l'impresa utilizzatrice]

Sede legale: Comune ..... Pv. .... Cap.....

Sede unità produttiva: Comune ..... Pv. .... Cap.....

Via..... n. ....

Tel. .... Fax.....

esercente l'attività di.....

CCNL applicato (specificare se settore artigiano) .....

MATRICOLA INPS (per i somministrati indicare la matricola dell'APL) .....

**Numero Dipendenti**

Dirigenti n.	Quadri n.
Impiegati n.	Operai n.
Apprendisti n.	Lavoranti a domicilio n.
Soci lavoratori n.	<b>TOTALE</b> n.
Lavoratori assunti con contratto di inserimento n.	Somministrati n.

Sono presenti i signori:

per l'impresa	
per l'ass. impr.le .....	
per l'org.ne sind.le .....	
per l'org.ne sind.le .....	
per l'org.ne sind.le .....	
per l'org.ne sind.le .....	
per <input type="checkbox"/> RSU <input type="checkbox"/> RSA <input type="checkbox"/> RSB	
[solo per i somministrati]	
per l'APL .....	





**I RAPPRESENTANTI DELLE PARTI PRESENTI CONCORDANO SU QUANTO SEGUE**

Quanto premesso è parte integrante del presente accordo.

Al fine di superare la situazione di difficoltà come sopra descritta l'impresa richiederà l'intervento della CIGD, con la causale indicata e motivata in premessa, con le seguenti modalità:

- **NUMERO MASSIMO LAVORATORI IN CIGD:** ..... che potranno essere collocati in CIGD solo dopo aver fruito degli strumenti ordinari di flessibilità, compreso lo smaltimento delle ferie residue.
- **PERIODO:** data inizio ..... data fine .....
- **NUMERO COMPLESSIVO DELLE ORE DI CIGD DA RICHIEDERE** .....

**Il periodo richiesto non può eccedere la durata complessiva di 11 mesi nell'anno 2014 e comunque la data del 31/12/2014.**

L'impresa

chiederà all'INPS il pagamento diretto dell'indennità ai lavoratori

chiederà all'INPS il pagamento a conguaglio, anticipando il trattamento secondo le modalità sotto indicate

*[esplicitare in modo dettagliato eventuali note aggiuntive]*

.....  
.....

*[descrivere in modo dettagliato la prevista modalità della sospensione o riduzione dell'attività con particolare riferimento all'eventuale rotazione del personale in CIGD o alle motivazioni che la impediscono]*

.....  
.....

Al termine del periodo di CIGD richiesto:

È prevista la ripresa dell'attività per tutti i lavoratori, senza esuberi.

È prevista la ripresa dell'attività per una parte dei lavoratori, con esuberi parziali prevedibilmente quantificabili nel numero di ..... unità.

*[Nel caso siano previsti ESUBERI]:*

**Si concorda altresì sul seguente PIANO DI GESTIONE DEGLI ESUBERI:**

*[descrivere o allegare]*

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Sarà cura del datore di lavoro comunicare:

1. a tutti i lavoratori per i quali richiede la CIGD le informazioni relative ai periodi di CIGD contenute nell'ALLEGATO 3 - A dell'Accordo Quadro sui criteri per l'accesso agli ammortizzatori sociali in deroga in Lombardia – Quadrimestre settembre-dicembre 2014;
2. ai soli lavoratori per i quali è previsto l'obbligo di attivazione (comunicazione da dare entro il giorno di decorrenza della sospensione del lavoratore) le informazioni relative ai periodi di CIGD contenute nell'ALLEGATO 3 – B dell'Accordo Quadro sui criteri per l'accesso agli ammortizzatori sociali in deroga in Lombardia – Quadrimestre settembre-dicembre 2014, contenente l'indicazione del percorso di ricollocazione/riqualificazione concordato tra le parti contenuta nella sezione che segue che verrà consegnata in copia.

Sezione da completare:

- **obbligatoriamente quando:**
  - **vi sono lavoratori coinvolti in un piano di gestione degli esuberanti (servizi dedicati alla ricollocazione)**
  - **sono previste sospensioni a zero ore senza rotazione e l'azienda ha già fruito di periodi di CIGD o CIGS nel corso del 2014 (servizi dedicati alla formazione/riqualificazione professionale.)**
- **facoltativamente nel caso in cui le parti ravvedano l'opportunità di servizi dedicati alla formazione/riqualificazione professionale**

**Politiche attive**

I firmatari concordano che i lavoratori sospesi parteciperanno al percorso

di formazione/riqualificazione professionale

di ricollocazione

di seguito sinteticamente descritto:

- obiettivo dell'intervento: .....

- tipologia e descrizione dei percorsi: .....

- lavoratori coinvolti: .....

- durata dell'intervento: .....

- eventuale certificazione delle competenze: .....

- previsione di eventuali risorse economiche aziendali e/o paritetiche sociali: .....

- eventuali indicazioni logistico-organizzative: .....

I rappresentanti delle Parti presenti dichiarano che i criteri e i requisiti previsti nel Decreto Interministeriale n. 83473 del 1° agosto 2014 dovranno comunque essere integralmente applicati anche per quanto non disciplinato dal presente accordo.

Letto, confermato e sottoscritto.

Per l'impresa

Per le Organizzazioni sindacali dei lavoratori

Per l'Ass.ne dell'impresa

per  RSU

RSA

RSB

Per l'APL

Eventuali allegati:

.....