

- Copia per il lavoratore
 Copia per l'impresa

ALLEGATO 3 - A

Impresa _____
Sede unità produttiva: Comune _____
Prov _____ Cap _____ Via _____ n. _____
Tel. _____ Fax _____

Comunicazione da consegnare compilata in tutte le sue parti, a cura dell'impresa, **a tutti i lavoratori nel momento in cui vengono sospesi in CIGD.**

INFORMATIVA SULLA RICHIESTA DI CASSA INTEGRAZIONE GUADAGNI IN DEROGA

Gent. Sig.ra / Egr. Sig.

Nome* _____ Cognome* _____

C.F.* _____ nato il* _____

a* _____ Prov* _____ Stato* _____

cittadinanza* _____ sesso* M F [* campi obbligatori]

telefono _____ e-mail _____

Regione Lombardia e le Parti sociali lombarde hanno definito con l'Accordo Quadro regionale i criteri per l'accesso agli Ammortizzatori Sociali in Deroga per il terzo quadrimestre 2014.

I beneficiari degli ammortizzatori sociali in deroga di cui all'Accordo Quadro citato, sono soggetti agli obblighi previsti dalla normativa nazionale vigente in relazione alla partecipazione a percorsi di Politiche Attive del Lavoro.

In Lombardia, tutti i lavoratori in CIGD hanno l'**opportunità** di attivare percorsi di Politica Attiva del Lavoro attraverso lo strumento della Dote Unica Lavoro. Quest'ultima offre un insieme di servizi che il lavoratore può utilizzare per aggiornare e riqualificare le proprie competenze professionali.

Le comunichiamo inoltre che, ai sensi delle leggi vigenti, nel caso di rifiuto di una proposta di riqualificazione professionale, ovvero, nei casi previsti, di una proposta di lavoro congruo o di un percorso di ricollocazione è prevista la decadenza dal trattamento di sostegno al reddito.

Ai sensi dell'Accordo Quadro regionale di cui sopra, La informiamo che la Sua impresa ha chiesto l'accesso alla CASSA INTEGRAZIONE GUADAGNI IN DEROGA dal **gg/mm/2014 al gg/mm/2014 con la seguente causale**

Luogo e data _____

Firma del rappresentante dell'impresa _____

Firma del lavoratore per ricevuta _____

- Copia per il lavoratore
 Copia per l'impresa

ALLEGATO 3 - B

Impresa _____	
Sede unità produttiva: Comune _____	
Prov _____	Cap _____ Via _____ n. _____
Tel. _____	Fax _____

Comunicazione da compilarsi in tutte le sue parti, a cura dell'impresa, da consegnare **al lavoratore per il quale è previsto l'obbligo di attivazione** entro il giorno di decorrenza della sua sospensione.

Nome* _____ Cognome* _____

L'Accordo Quadro regionale sui criteri per l'accesso agli Ammortizzatori Sociali in Deroga per il 3° quadrimestre 2014, prevede l'obbligo, per i lavoratori in CIGD di attivare, entro 20 gg. dalla propria sospensione, politiche attive del lavoro finalizzate al reinserimento occupazionale e riqualificazione professionale. Tale obbligo è previsto per:

- i lavoratori coinvolti in un piano di gestione degli esuberanti
- i lavoratori sospesi a zero ore senza rotazione quando l'azienda abbia già fruito di periodi di CIGD o di CIGS nel corso del 2014.

Il suo nominativo è inserito tra quelli per i quali è stato richiesto l'accesso alla CASSA INTEGRAZIONE GUADAGNI in deroga dal **gg/mm/2014 al gg/mm/2014 per la seguente causale:**

- Evento transitorio non imputabile all'imprenditore o ai lavoratori
- Situazione temporanea di mercato
- Crisi aziendale
- Ristrutturazione o riorganizzazione

Secondo quanto previsto dall'Accordo Quadro regionale sopra citato e dall'accordo stipulato con i rappresentanti sindacali e/o le organizzazioni sindacali territoriali, Lei è tenuto ad attivare un percorso di politiche attive nell'ambito della Dote Unica Lavoro, come sotto indicato (**barrare solo una delle due opzioni**):

- lavoratore coinvolto in un piano di gestione di esubero (con possibilità di esubero in base alle previsioni dell'azienda): percorso di ricollocazione (fascia 1, 2 o 3)
- lavoratore sospeso a zero ore senza rotazione in azienda che ha già fruito di periodi di CIGD o CIGS nel corso del 2014 (per il quale è prevedibile la sospensione a 0 ore): percorso finalizzato alla riqualificazione (fascia 4). Eventuale percorso individuato dall'azienda finalizzato alla riqualificazione o riconversione professionale del lavoratore nell'ambito dell'offerta formativa della Dote Unica Lavoro:.....

Nel caso in cui concorrano ambedue le condizioni sopracitate, la tipologia del percorso di Politiche Attive del Lavoro è individuata dal datore di lavoro secondo le modalità previste dall'accordo sindacale.

A tale scopo Lei dovrà presentarsi, **entro 20 giorni a partire dal** munito della presente comunicazione, presso l'Ente indicato nell'accordo sindacale:

(riportare Ente, indirizzo, contatti)

Nel caso in cui l'accordo non abbia indicato un Ente specifico, Lei dovrà presentarsi presso un operatore pubblico o privato accreditato a Regione Lombardia, [elenco disponibile sul sito www.dote.regione.lombardia.it o telefonando al numero verde 800 318 318].

Le comunichiamo inoltre che, ai sensi delle leggi vigenti, nel caso di rifiuto di una proposta di riqualificazione professionale, ovvero, nei casi previsti, di una proposta di lavoro congruo o di un percorso di ricollocazione è prevista la decadenza dal trattamento di sostegno al reddito.

Luogo e data _____ Firma del rappresentante dell'impresa _____

_____ Firma del lavoratore per ricevuta _____

ALLEGARE COPIA DELLA SEZIONE DELL'ACCORDO SINDACALE AZIENDALE RIGUARDANTE LE POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO.
La presente informativa NON deve essere trasmessa a Regione Lombardia: una copia deve essere consegnata al lavoratore ed una copia, controfirmata per ricevuta dal lavoratore, rimanere in possesso del datore di lavoro (a disposizione per eventuali controlli)