

MODULO DA UTILIZZARE QUANDO L'AZIENDA E' GIA' IN POSSESSO DEL PROVVEDIMENTO DI AMMISSIONE AI TRATTAMENTI DI CUI ALL'ART. 3.5. L. 68/99.

Spett.le
 Servizio Collocamento Disabili
 C.so Motteotti n. 3
 23900 – Lecco

OGGETTO: comunicazione sospensione degli obblighi ai sensi art. 4.1 DPR 10/10/2000 n. 333.

Il/La sottoscritto/a	
Legale rappresentante dell'Azienda	
Con sede legale in	
e-mail	
Telefono	
C.F.	
Con unità produttive ubicate nelle province di:	

comunica

ai fini della fruizione della sospensione degli obblighi di assunzione di cui all'art. 3.5 L. 12.03.1999 n. 68, di usufruire del seguente trattamento (selezionare e compilare l'ipotesi ricorrente):

C.I.G.S.	
Estremi provvedimento	n. _____ del _____ rilasciato da _____
Durata del trattamento (indicare il periodo)	dal _____ al _____
Durata programma art. 1 L. 223/91	dal _____ al _____
Durata procedure art. 3 L. 223/91	dal _____ al _____
Data accordo sindacale	
Provincia interessata	
Attività lavorativa ridotta o sospesa sul totale delle attività presenti (%)	
Provincia interessata	
Attività lavorativa ridotta o sospesa sul totale delle attività presenti (%)	
Provincia interessata	
Attività lavorativa ridotta o sospesa sul totale delle attività presenti (%)	

(ripetere nel caso di più Province interessate)

C.I.G. in deroga	
Estremi provvedimento	n. _____ del _____ rilasciato da _____
Durata del trattamento (indicare il periodo)	dal _____ al _____
Durata programma	dal _____ al _____
Data accordo sindacale	
Provincia interessata	
Attività lavorativa ridotta o sospesa sul totale delle attività presenti (%)	
Provincia interessata	
Attività lavorativa ridotta o sospesa sul totale delle	

attività presenti (%)	
Provincia interessata	
Attività lavorativa ridotta o sospesa sul totale delle attività presenti (%)	

(ripetere nel caso di più province interessate)

Contratto di solidarietà	
Estremi provvedimento Durata trattamento (indicare il periodo)	n. _____ del _____ rilasciato da _____
Data accordo sindacale	
Provincia interessata	
Attività lavorativa ridotta o sospesa sul totale delle attività presenti (%)	
Provincia interessata	
Attività lavorativa ridotta o sospesa sul totale delle attività presenti (%)	
Provincia interessata	
Attività lavorativa ridotta o sospesa sul totale delle attività presenti (%)	

(ripetere nel caso di più Province interessate)

Fondo di solidarietà del settore	
Data accordo sindacale	
Data avvio procedura	
Data fine procedura	
Durata procedura (n. mesi)	
Provincia interessata	
Attività lavorativa ridotta o sospesa sul totale delle attività presenti (%)	
Provincia interessata	
Attività lavorativa ridotta o sospesa sul totale delle attività presenti (%)	
Provincia interessata	
Attività lavorativa ridotta o sospesa sul totale delle attività presenti (%)	

(ripetere nel caso di più Province interessate)

Mobilità	
Data accordo sindacale	
Data avvio procedura	
Data fine procedura	
Durata procedura (n. mesi)	
Numero licenziamenti	
Data ultimo licenziamento (se già effettuato)	

Mobilità in deroga	
Data accordo sindacale	
Data avvio procedura	
Data fine procedura	
Durata procedura (n. mesi)	
Numero licenziamenti	
Data ultimo licenziamento (se già effettuato)	

Dichiara

Consapevole delle conseguenze e delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del DPR 28/12/2000 n. 445 nel caso di dichiarazioni false o comunque non corrispondenti al vero, che quanto sopra corrisponde al vero.

Allega:

- copia di un documento di identità;
- per fondo di solidarietà, mobilità e mobilità in deroga: copia verbale di accordo.

Data _____

Firma del legale rappresentante
