

# DA STAMPARE SU CARTA INTESATA AZIENDA RICHIEDENTE

Spett.le  
CONFEDERAZIONE NAZIONALE  
DELLE IMPRESE E DEI PROFESSIONISTI  
"SISTEMA IMPRESA"  
Via Olivetti, 17  
26013 Crema (CR)

Da inviare per PEC a: [segreteria@pec.sistema-impresa.org](mailto:segreteria@pec.sistema-impresa.org)

Luogo e data

**Oggetto: conferimento incarico, richieste e scheda azienda – "EMERGENZA COVID – 19"**

Con la presente vi informiamo che le azioni inerenti al contrasto ed al contenimento della diffusione del CORONAVIRUS COVID – 19 ci obbligano, con carattere d'urgenza, a contrarre/sospendere l'attività produttiva dei nostri dipendenti, a favore dei quali intendiamo verificare la possibilità di accedere ad uno degli ammortizzatori sociali previsti dall'attuale ordinamento giuridico.

Rispetto a quanto sopra, con la presente, vi incarichiamo:

- di **individuare l'ammortizzatore sociale** di cui eventualmente possiamo avvalerci sulla scorta dei dati prodotti nella scheda sottostante;
- di **contattare** ed eventualmente **assistere** il nostro consulente del lavoro / commercialista per raccogliere informazioni (per esempio la visura camerale, le verifiche della regolarità contributiva, etc.) che non sono state prodotte nella scheda sottostante e necessarie per il corretto inquadramento dell'ammortizzatore sociale.

Contestualmente ci impegniamo ad inviarvi la **richiesta di accordo sindacale (ove necessario)** con preghiera di agire in nome e per conto nostro (ove consentito e possibile) nella trasmissione della stessa alla vostra articolazione verticale o territoriale nonché ai sindacati comparativamente più rappresentativi competenti per territorio.

Vi chiediamo inoltre:

- di **intervenire alla sottoscrizione** (anche telematica) dell'accordo sindacale (ove necessaria);
- di **trasmettere** l'eventuale accordo sindacale al nostro consulente del lavoro / commercialista;
- di **comunicare** al consulente del lavoro / commercialista l'avvenuto decorso dei termini previsti dalla norma per la consultazione sindacale.

Resta inteso che le procedure telematiche per la domanda dell'ammortizzatore sociale agli Istituti preposti **saranno da noi affidate al consulente del lavoro / commercialista** che tiene la contabilità del personale.

Cogliamo l'occasione per porgervi i nostri più cordiali saluti.

Firma e Timbro

---



## SCHEMA AZIENDA

### PER INDIVIDUAZIONE AMMORTIZZATORE SOCIALE - COVID 19

<b>Denominazione azienda</b>							
<b>Referente azienda (Cognome Nome)</b>							
<b>Telefono cellulare referente azienda</b>							
<b>Mail PEC azienda</b>							
<b>Luogo sede operativa</b>							
<b>Codice fiscale e Partita Iva</b>							
<b>Settore:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Commercio</b> <input type="checkbox"/> <b>Industria</b> <input type="checkbox"/> <b>Artigianato</b> <input type="checkbox"/> <b>Servizi</b> <input type="checkbox"/> <b>Agricoltura</b> <input type="checkbox"/> <b>Cooperazione</b>						
<b>CCNL applicato (specificare se artigiano) (specificare le parti sociali sottoscrittrici)</b>							
<b>Il CCNL è applicato nella sua integrità comprensivo della parte che regolamenta la bilateralità ove esistente</b>	<input type="checkbox"/> <b>Sì</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>						
<b>Numero complessivo dipendenti diretti n. _____ di cui:</b>							
<b>Dirigenti</b>	<b>Quadri</b>	<b>Impiegati</b>	<b>Operai</b>	<b>Soci lav.</b>	<b>Apprend.</b>	<b>Domicilio</b>	<b>Intermit.</b>
N. _____	N. _____	N. _____	N. _____	N. _____	N. _____	N. _____	N. _____
<b>Numero lavoratori somministrati</b>			N. _____				
<b>Trattamento ordinario e straordinario di integrazione salariale e assegno ordinario</b>			<input type="checkbox"/> <b>Non attivo</b> <input type="checkbox"/> <b>In corso</b> <input type="checkbox"/> <b>Esaurito</b>				
<b>Procedura cassa integrazione straordinaria</b>			<input type="checkbox"/> <b>Avviata</b> <input type="checkbox"/> <b>Non avviata</b>				

## RICHIESTA UTILIZZO AMMORTIZZATORE SOCIALE

<b>Numero massimo lavoratori per cui attivare l'ammortizzatore sociale</b>	N. _____
<b>Periodo di utilizzo dell'ammortizzatore sociale</b>	Data inizio _____ Data fine _____
<b>Numero ore complessive previste di utilizzo dell'ammortizzatore sociale</b>	N. _____
<b>Situazione alla base della richiesta:</b>	
_____	
_____	
_____	
_____	
_____	
_____	
_____	
_____	

## CONTATTO CONSULENTE DEL LAVORO/COMMERCIALISTA

<b>Cognome</b>	
<b>Nome</b>	
<b>Telefono</b>	
<b>Mail PEC</b>	