

(carta intestata dell'azienda)

### DICHIARAZIONE AZIENDALE

L'azienda ..... con sede in ..... ,  
via ..... n. ....  
Tel ..... PEC .....

#### DICHIARA

CHE in conseguenza dell'emergenza sanitaria COVID 19 ha stipulato accordo con le OO.SS. Filcams, Fisascat, Uiltucs per l'accesso alla Cassa Integrazione Guadagni in Deroga o al Fondo di Integrazione Salariale;

CHE in forza di quanto sopra il lavoratore/la lavoratrice sig./sig.ra .....  
alle dipendenze con contratto di lavoro a tempo indeterminato (*o di apprendistato*) è stato/a  
sospeso/a dal lavoro

Dal	_____	Al	_____
Dal	_____	Al	_____
Dal	_____	Al	_____

Pari al ..... % delle ore lavorabili nel mese di \_\_\_\_\_  
(*la percentuale non può essere inferiore al 75%*)

L'azienda dichiara di essere iscritta a EBINVIP e di essere in regola con il pagamento della contribuzione negli ultimi 12 mesi.

L'azienda si impegna, a fronte della comunicazione da parte di EBINVIP dell'approvazione della domanda presentata dal/la suddetto/a lavoratore/trice e dell'avvenuto pagamento in suo favore del CONTRIBUTO di SOLIDARIETA', ad operare in qualità di sostituto di imposta.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma del Responsabile aziendale)