

(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)