**VERBALE DI ACCORDO**

**per la richiesta di concessione della Cassa Integrazione Guadagni in Deroga (CIGD) ai sensi dell’Accordo Quadro del 23/03/2020, approvato con deliberazione della Giunta Regionale n. 20 del 24/03/2020, a seguito dell’art. 22 del Decreto Legge n. 18 del 17 marzo 2020, conseguenti all’emergenza epidemiologica da COVID-19.**

Il giorno ………………………… del mese di ………………………. dell’anno i signori:

|  |  |
| --- | --- |
| **- per l’azienda/impresa ( dati azienda )** | cognome nome del rappresentante  o dei rappresentanti dell’azienda |
| **- per l’associazione datoriale (indicare eventuale riferimenti dell’associazione)** | cognome nome rappresentante associazione datoriale |
| **- per la R. S. U./R.S.A.** | cognome nome degli eventuali rappresentanti dei lavoratori o sindacali aziendali |
| **- per le OO.SS. di categoria (indicare le sigle sindacali di categoria)** | cognome nome dei rappresentanti sindacali di categoria |
| **- per le OO.SS. Confederali (indicare le sigle sindacali confederali in alternativa a quelle di categoria** | cognome nome dei rappresentanti sindacali confederali |

**Premesso**

che l’azienda/impresa ………………………….., con sede legale in ………………………………….Via codice

fiscale/partita IVA ………………………matricola INPS n……………………. operante nel settore …………………………..

con un organico complessivo di n. …… unità lavorative alle quali applica il CCNL

…………………………………………………………………. comunica l’esigenza di avviare le procedure finalizzate ad ottenere il trattamento di integrazione salariale in deroga, ai dell’Avviso Pubblico approvato dal Dipartimento Lavoro, Formazione e Politiche Sociali della Regione Calabria, attuativo dell’Accordo Quadro approvato con deliberazione della Giunta Regionale n. 20 del 24/03/2020, a seguito dell’art. 22 del Decreto Legge n. 18 del 17 marzo 2020, conseguenti all’emergenza epidemiologica da COVID-19 in favore di n. ………….. lavoratori dipendenti;

* che la richiesta di attivare la cassa integrazione guadagni in deroga (CIGD) si rende necessaria a causa dell’emergenza epidemiologica da COVID-19;
* che l’azienda/impresa ha l’esigenza di ricorrere al trattamento di integrazione salariale in deroga in quanto, non trovano applicazione o sono esaurite le altre tutele previste dalle vigenti disposizioni in materia di sospensione o riduzione di orario, previste dalle prestazioni ordinarie in costanza di rapporto di lavoro (CIGO e assegno ordinario garantito dal FIS o dai Fondi di cui all’articolo 26, 27 e 40 del D.lgs n. 148/2015), e alle altre tutele previste degli artt. 19, 20 e 21 del Decreto Legge n. 18 del 17 marzo 2020 ed è consapevole che una dichiarazione mendace, al riguardo, potrebbe comportare la revoca del trattamento eventualmente autorizzato*;*
* con riferimento ai Fondi di Solidarietà Bilaterale, la domanda presentata è stata respinta per esaurimento delle risorse, comprovata da documentazione del Fondo;
* che le Parti prendono atto che ai sensi dell’Accordo Quadro di cui sopra non possono essere concessi periodi di CIGD superiori a 9 (nove) settimane in relazione a ciascuna unità produttiva;
* che l'impresa dichiara che i lavoratori beneficiari sono dipendenti alla data del 23 febbraio 2020;
* che le Parti, pertanto, esprimono parere favorevole affinché l’azienda/impresa ……………………………….……

formuli istanza alla Regione Calabria per richiedere la concessione della cassa integrazione guadagni in deroga , ai sensi dell’Accordo Quadro approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 20 del 24/03/2020, a seguito dell’art. 22 del Decreto Legge n. 18 del 17 marzo 2020, conseguenti all’emergenza epidemiologica da COVID-19;

* che le Parti considerano il ricorso alla CIGD quale strumento necessario al fine di ridurre al minimo l’impatto sociale derivante dallo stato di crisi derivante dall’emergenza epidemiologica da COVID-19 in atto presso l’azienda/impresa ;
* che la RSU/RSA (ove presente) e le OO.SS. danno atto e condividono espressamente che i chiarimenti ricevuti nel corso della presente procedura sono stati tali da fornire un’informazione corretta e completa di ogni specifico aspetto della situazione aziendale e delle motivazioni che hanno determinato la decisione di procedere con il trattamento di integrazione salariale in deroga;

**le Parti presenti**

premesso quanto sopra, facendo seguito all’informativa ricevuta dalle OO.SS. in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e la conseguente consultazione avvenuta in modalità remota, nel dare atto di aver esperito e concluso con esito positivo la prevista procedura di consultazione sindacale ed esprimono parere favorevole alla richiesta di intervento di cassa integrazione guadagni in deroga con i seguenti criteri:

*(barrare la voce che interessa)*

* con riduzione oraria per massimo n. ore settimanali per ciascun lavoratore

per i periodi settimanali dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

relativamente al beneficio di complessive N.9 Settimane per il periodo dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per come contemplato dal D.L. N.18/2020;

* sospensione a zero ore

dal ……………………….al ……………………….; dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

per N. \_\_\_\_\_ lavoratori, relativamente al beneficio di complessive N.9 Settimane per il periodo dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per come contemplato dal D.L. N.18/2020;

La causale per la quale si richiede il trattamento di cassa integrazione guadagni in deroga è l’emergenza epidemiologica da COVID-19.

L’erogazione dell’indennità di CIGD ai lavoratori sarà effettuata attraverso il sistema del pagamento diretto della prestazione da parte dell’INPS, applicando la disciplina di cui all’articolo 44, comma 6-ter, del decreto legislativo n. 148 del 2015, come espressamente stabilito dal comma 6, secondo periodo, del D.L. 17 Marzo 2020 n. 18.

Le Parti presenti, ai sensi dell’Accordo Quadro sottoscritto in data 23 marzo 2020 prendono atto dell’eventualità che la Regione possa non concedere l’autorizzazione al trattamento per mancanza dei requisiti richiesti e qualora l’Inps verifichi condizioni di irregolarità, l’Azienda sarà tenuta a corrispondere ai lavoratori la dovuta retribuzione e relativo versamento contributi previdenziali, per i periodi richiesti e non concessi dalla presente procedura.

Il datore di lavoro si impegna:

* + a trasmettere, tramite i sistemi informatici dell’Inps, le attestazioni telematiche del numero di ore di sospensione fruite (modello SR41) per ogni lavoratore e per ogni mese, che costituisce una condizione per ottenere il pagamento del trattamento.
  + a inoltrare la domanda di CIGD come da modelli ed allegati predisposti dalla Regione Calabria, alla Regione Calabria – Dipartimento Lavoro, Formazione, Politiche Sociali - Settore n. 4, “Politiche Attive, Superamento del Precariato e Vigilanza Enti” all’indirizzo PEC [ammortizzatorisociali@pec.regione.calabria.it](mailto:ammortizzatorisociali@pec.regione.calabria.it), a decorrere dalla prevista dall’Avviso Pubblico della Regione Calabria.

Letto, confermato e sottoscritto

Per l’azienda/impresa (*indicare il nominativo*)

Per la R.S.U./R.S.A.

Per le OO.SS. *(indicare le sigle sindacali)*

Per l’Associazione Datoriale (indicare la sigla)