**VERBALE DI ACCORDO SINDACALE**

**ASSEGNO INTEGRAZIONE SALARIALE FSBA (AIS STRAORDINARIA) PER CONTRATTO DI SOLIDARIETÀ**

In data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso la sede di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ si sono incontrati:

l’**impresa / datori di lavoro Associativi/OO.SS versanti FSBA** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sita in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

P. IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Matr. INPS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nella persona di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di titolare/legale rappresentante; assistita da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ed i **lavoratori** sotto segnati e assistiti, giusto specifico mandato come confermano le firme sotto riportate, dalle OOSS nella/e persona/e di

OOSS **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OOSS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OOSS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(INDICARE LA SIGLA DELLA OOSS E NOME COGNOME DELL’OPERATORE DELLA OOSS)

Al fine di esperire la procedura sindacale prevista dall’Accordo Interconfederale Regionale 13 giugno 2025 per l’utilizzo dell’AIS FSBA per **Contratto di Solidarietà**, ai sensi di quanto previsto dagli articoli 27 e 30 del D.lgs. n. 148/2015 e successivi provvedimenti.

**Premesso che**

* l’impresa ha natura artigiana (con CSC \_\_\_\_\_\_\_), ha in forza \_\_\_\_ dipendenti, nel semestre precedente ha occupato fino a 15 dipendenti (rif.to criteri INPS) ed applica il seguente CCNL/CCRL:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* l’impresa, in relazione alla situazione di crisi persistente che si trova ad affrontare a causa del ………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… (indicare i motivi che hanno determinato la crisi aziendale), evidenzia un esubero strutturale del personale quantificato in …………… unità

* Al fine di evitare la riduzione di personale, in data ……………………. è stato comunicato alle OOSS ed una delle OO. AA. l’avvio della procedura di consultazione sindacale per ridurre l’orario di lavoro con ricorso alla prestazione FSBA per Contratto di Solidarietà;
* l’impresa dichiara di essere in regola con i versamenti FSBA, di non rientrare nel campo di applicazione del Titolo I del D.lgs. 14 settembre 2015, n. 148 e che i dipendenti soddisfano il requisito soggettivo dell’anzianità aziendale previsto dalla normativa vigente;
* l’impresa ha verificato la capienza delle settimane esigibili nel biennio mobile in conformità al vigente Regolamento FSBA e alle procedure operative FSBA AIS causale straordinaria ;
* l’impresa dichiara di dare la propria disponibilità all’intervento di Fondartigianato, così come previsto nell’Offerta Formativa, per la realizzazione di attività di formazione continua del fondo stesso;

Le Parti come sopra costituite concordano:

1. di effettuare dal ……………………….. al …………………… un periodo di riduzione aziendale dell’orario di lavoro pari al …………..% dell’orario riparametrato su base ………………………….(giornaliera, settimanale, mensile), nel rispetto del limite del 90% dell’orario di lavoro, per ciascun lavoratore, nell’arco di vigenza del periodo indicato nel contratto di solidarietà (la riduzione media oraria programmata non può essere superiore all’80% dell’orario giornaliero, settimanale o mensile dei lavoratori interessati dal CDS).
2. La riduzione riguarderà n. …………. lavoratori, cui si applicherà la riduzione dell’orario secondo lo schema sotto riportato.
3. L’individuazione del personale a cui applicare la riduzione dell’orario di lavoro e la sua rotazione saranno gestite con il criterio della fungibilità e dele esigenze tecnico-organizzative.
4. Eventuali ulteriori pattuizioni

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

- che i dipendenti conservano il posto di lavoro fino alla scadenza di tale periodo oppure fino alla scadenza del contratto a termine, se anteriore;

- che tale riduzione dell’orario comporterà la maturazione degli istituti contrattuali e legali diretti e differiti in proporzione all’effettivo orario di lavoro svolto, salva diversa pattuizione;

- che, in presenza di esigenze temporanee di maggior lavoro, sarà possibile derogare alla riduzione dell’orario convenuta, con prestazioni aggiuntive rispetto all’orario ridotto concordato, nei limiti del normale orario di lavoro contrattuale (indicare le modalità) …………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

- che le parti effettueranno delle verifiche periodiche, di norma ………., e comunque entro tre mesi dalla scadenza dell'AIS causale straordinaria;

- che l’impresa si impegna ad operare l’invio telematico della domanda di prestazione, nei termini previsti dalle istruzioni operative di FSBA-AIS causale straordinaria, per il tramite della piattaforma informatica di FSBA predisposta all’uopo, allegando il presente verbale.

Le premesse fanno parte integrante dell’accordo.

Letto, confermato e sottoscritto (Timbro e firma)

Ditta OOSS OOAA

(Timbro e firma estesa) (Timbro e firma estesa) (Timbro e firma estesa se presente)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ELENCO LAVORATORI**

**Periodo di riduzione dell’orario di lavoro previsto**

**I lavoratori devono possedere il requisito dei 30 giorni effettivi di impiego in data antecedente l’inizio della sospensione**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome e cognome lavoratore** | **Firma ESTESA del lavoratore** | **decorrenza****solidarietà** | **% individuale****di riduzione oraria****(n.b. max 90%)** |
|  |  | dal……../…../……../al……../…../……../ | % ? |
|  |  | dal……../…../……../al……../…../……../ | % ? |
|  |  | dal……../…../……../al……../…../……../ | % ? |
|  |  | dal……../…../……../al……../…../……../ | % ? |
|  |  | dal……../…../……../al……../…../……../ | % ? |
|  |  | dal……../…../……../al……../…../……../ | % ? |
|  |  | dal……../…../……../al……../…../……../ | % ? |
|  |  | dal……../…../……../al……../…../……../ | % ? |
|  |  | dal……../…../……../al……../…../……../ | % ? |
|  |  | dal……../…../……../al……../…../……../ | % ? |
|  |  | dal……../…../……../al……../…../……../ | % ? |
|  |  | dal……../…../……../al……../…../……../ | % ? |
|  |  | dal……../…../……../al……../…../……../ | % ? |
|  |  | dal……../…../……../al……../…../……../ | % ? |
|  |  | dal……../…../……../al……../…../……../ | % ? |
|  |  | dal……../…../……../al……../…../……../ | % ? |
|  |  | dal……../…../……../al……../…../……../ | % ? |
| Ecc. |  | dal……../…../……../al……../…../……../ | % ? |
| **PERCENTUALE RIDUZIONE ORARIA TOTALE AZIENDALE MEDIA PARI A** | ? %N.B. MAX 80% |

Le parti sottoscrittrici il presente accordo si danno reciprocamente atto che i dati personali di ogni singolo lavoratore sono contenuti nel LUL.

Ditta OOSS OOAA

(Timbro e firma estesa) (Timbro e firma estesa) (Timbro e firma estesa se presente)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_