



## MODULO ISTANZA DI CIGS

Art. 44 comma 11-bis D.Lgs. 148/15

Cigs per le imprese operanti nelle aree di crisi industriale complessa

MARCA DA BOLLO

16,00 EUR

Al **MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI**

Direzione Generale degli Ammortizzatori Sociali e I.O. - Divisione III

Via Flavia, 6 00187 - ROMA

Dgammortizzatorisociali.div3@pec.lavoro.gov.it

### 1) RAPPRESENTANTE LEGALE

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Posizione ricoperta \_\_\_\_\_ (indicare la posizione e i poteri)

CF \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### 2) REFERENTE PER LA RICHIESTA IN OGGETTO

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

### 3) ISTANZA CIGS

Periodo della domanda dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Pag. diretto da parte dell'INPS      SI      NO

### 4) AZIENDA

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Denominazione \_\_\_\_\_ Natura giuridica \_\_\_\_\_

Indirizzo sede legale \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Data atto costitutivo \_\_\_\_\_ Data inizio attività \_\_\_\_\_

Capitale sociale € \_\_\_\_\_ Quota eventuale di partecipazione pubblica \_\_\_\_\_ %

Socio principale o azionista di riferimento \_\_\_\_\_

Gruppo di appartenenza \_\_\_\_\_

### 5) AZIENDA (SEGUE)

Organico totale dell'azienda \_\_\_\_\_

Organico aziendale per ogni mese nel semestre precedente la data di presentazione della domanda :

1° mese precedente \_\_\_\_; 2° \_\_\_\_; 3° \_\_\_\_; 4° \_\_\_\_; 5° \_\_\_\_; 6° \_\_\_\_ - valore medio \_\_\_\_\_

### 6) EVENTUALI MODIFICHE AZIENDALI E SOCIETARIE NELL'ULTIMO BIENNIO

Modifica denominazione sociale: precedente denominazione \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Modifica forma giuridica : precedente forma giuridica \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

L'azienda è stata interessata da (vedi istruzioni) \_\_\_\_\_

Dettagli : \_\_\_\_\_

**7) UNITÀ AZIENDALI (REPLICARE LA PAGINE PER OGNI UNITÀ AZIENDALE):**

Unità n. \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Matricola INPS \_\_\_\_\_ CSC (INPS) \_\_\_\_\_ Codice di autorizzazione - CA (INPS) \_\_\_\_\_

Codice ATECO 2007 \_\_\_\_\_ C.C.N.L. \_\_\_\_\_

LAVORATORI	Impiegati/Quadri		Operai		Totale		
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Imp./Quadri	Operai	Totale
<b>in forza</b>							
<b>Interessati alla CIGS</b>	(numero massimo per l'intero periodo della domanda)						
lavoratori sospesi a zero ore con rotazione							
lavoratori sospesi a zero ore senza rotazione							
lavoratori ad orario ridotto							

Precedenti ricorsi alla C.I.G. nel quinquennio

CIGO : \_\_\_\_\_ (n° mesi) CIGS : SI NO Contratti di solidarietà : SI NO



### 10) LAVORO STRAORDINARIO

Unità aziendale numero	SI/NO	Se l'azienda è ricorsa al lavoro straordinario negli ultimi 12 mesi, specificare entità, motivi e numero di addetti interessati

### 11) LAVORATORI USCITI, DALLE UNITÀ AZIENDALI DELLA PRESENTE DOMANDA, NEL BIENNIO PRECEDENTE

Mesi precedenti	Raggiunti Limiti di età		Dimissioni volontarie		Mobilità		Altre cause		Totale	
	N° totale	di cui femmine	N° totale	di cui femmine	N° totale	di cui femmine	N° totale	di cui femmine	N° totale	di cui femmine
1-12										
13-24										

### 12) LAVORATORI ASSUNTI, PER LE UNITÀ AZIENDALI DELLA PRESENTE DOMANDA, NEL BIENNIO PRECEDENTE

in base al tipo di contratto										
Mesi precedenti	Tempo indeterminato		Tempo determinato		Part-time		Altro tipo		Totale	
	N° totale	di cui femmine	N° totale	di cui femmine	N° totale	di cui femmine	N° totale	di cui femmine	N° totale	di cui femmine
1-12										
13-24										

in base al tipo di assunzione										
Mesi precedenti	rimpiazzo turn-over				Occupazione aggiuntiva					
	totale		Di cui femmine		totale			Di cui femmine		
1-12										
13-24										

Allegati obbligatori:

1. Relazione tecnica contenente:

- l'espressa dichiarazione di non poter accedere ad altro trattamento di cigs con l'indicazione delle motivazioni;
- le ragioni del ricorso al trattamento richiesto;
- un dettagliato piano di recupero occupazionale specificando gli appositi percorsi di politiche attive concordati con la Regione finalizzati alla rioccupazione dei lavoratori.

2. Verbale di accordo stipulato in sede governativa presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, con la presenza del Ministero dello sviluppo economico e della Regione interessata.

3. Verbale di accordo regionale

4. Elenco nominativo dei lavoratori

**Note:** Il modello, predisposto per un'unità aziendali, deve essere riprodotto fino a coprire il numero totale di unità aziendali in C.I.G. . La domanda deve essere inviata, all'indirizzo sopra riportato, solo dopo la sottoscrizione del predetto accordo, completa dei sopra elencati allegati.