

MODELLO INDENNITÀ CALL-CENTER

Al **MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI**
Direzione generale degli ammortizzatori sociali e formazione
Divisione III
Via Flavia n. 6 00187 - ROMA

DOMANDA DI FRUIZIONE DELLA INDENNITÀ IN FAVORE DEI LAVORATORI DEL CALL-CENTER

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
in qualità di (indicare la posizione e i poteri) _____
legale rappresentante della società _____

CHIEDE

la concessione dell'indennità di cui al comma 7 dell'articolo 44 decreto legislativo n. 148 del 14 settembre 2015, come rifinanziato, per l'anno 2019, dall'art. 26 sexies del decreto-legge 28 gennaio 2019, n. 4, convertito con legge 28 marzo 2019, n. 26 e del decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze n. 40/0022763 del 12 novembre 2015, per le unità aziendali e per il periodo di seguito riportati:

A) DATI RELATIVI ALL'AZIENDA

Denominazione _____
Natura giuridica _____ Indirizzo sede legale _____
Comune _____ Provincia _____ CAP _____
Telefono _____ Fax _____ Email _____
Codice fiscale _____
N. matricola INPS Azienda _____
Cod. Autorizzazione _____ C.S.C. _____
Cod. Ateco _____ Descrizione _____
C.C.N.L. applicato dall'azienda _____
Settore di appartenenza _____

B) PERIODO DI INTERVENTO

Periodo della presente domanda dal _____ al _____

C) DATI RELATIVI ALLE UNITA' AZIENDALI IN C.I.G.S. (di cui alla presente domanda)

Unità aziendale (stabilimento/ufficio/magazzino/ecc) **N.1**

Comune _____ Provincia _____ CAP _____
Indirizzo _____
Numero lavoratori interessati _____ Matricola INPS (se diversa dal quadro A) _____

Unità aziendale (stabilimento/ufficio/magazzino/ecc) **N.2**

Comune _____ Provincia _____ CAP _____
Indirizzo _____
Numero lavoratori interessati _____ Matricola INPS (se diversa dal quadro A) _____

MODELLO INDENNITÀ CALL- CENTER

D) PAGAMENTO DIRETTO

Si richiede un pagamento diretto da parte dell'INPS: SI NO

E) ELEMENTI PER LA DEFINIZIONE DELL'ONERE DI SPESA*

Periodo domanda (Quadro B)	Numero lavoratori			
	Unità az.le n.1	Unità az.le n.2	Unità az.le n....	Totale mensile
1° mese decorrente dal __/__/__				
2°				
3°				
4°				
5°				
6°				
7°				
8°				
9°				
10°				
11°				

F) CAUSALE DI INTERVENTO - CRISI AZIENDALE

La presente domanda si compone:

1. del presente modello di domanda - pagine da 1 a
2. di un elenco dei lavoratori beneficiari del trattamento di indennità con i relativi recapiti.
3. della relazione tecnica recante le motivazioni a supporto della critica situazione economico - finanziaria che motiva il ricorso alla fruizione del trattamento;
4. Il piano di risanamento;
5. L'autodichiarazione relativa ai requisiti di cui all'articolo 1 del decreto interministeriale n. 40/0022763 del 12 novembre 2015

_____, li _____

Firma

Nominativo del referente per la richiesta in oggetto

Nome _____ Cognome _____

Telefono _____ cell. _____ Email _____ Pec _____

Nota: Questo modello di domanda, è utilizzabile dalle aziende che hanno stipulato l'accordo governativo presso la Direzione Generale dei Rapporti di Lavoro e delle Relazioni Industriali, del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.
La domanda deve essere inviata, all'indirizzo sopra riportato, solo dopo la sottoscrizione del predetto accordo, completa dei sopra elencati allegati. Il presente modello è disponibile sul sito del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (www.lavoro.gov.it - percorso: Ammortizzatori sociali / Concessioni in deroga).