Carta intestata

 Spett.le

 Confprofessioni Lombardia

                                                                                              Spett.le

                                                                                              C.G.I.L. FILCAMS - Lombardia

                                                                                       Spett.le

                                                                                              C.I.S.L. FISASCAT - Lombardia

                                                                                              Spett.le

                                                                                              UILTuCS - Lombardia

Oggetto: **richiesta attivazione cassa integrazione in deroga**

Con la presente comunichiamo che lo scrivente studio professionale ...................... con sede legale in ............................ - via ............................ e sede operativa in .............................., C.F…………………….., indirizzo PEC ……………………………… si vede costretto a far ricorso alla Cassa integrazione in deroga prevista dall’articolo 17 del D.L. 9/2020 e successive modifiche, come reso operativo dall’accordo quadro tra Regione Lombardia e Parti sociali lombarde dell’11 marzo 2020

a tal fine si precisa che, la situazione alla base della richiesta è la seguente:

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

Ulteriori informazioni

I dipendenti attualmente in forza sono i seguenti:

* n. … impiegati a tempo pieno di cui a tempo determinato …
* n. … impiegati a tempo parziale di cui a tempo determinato …
* n. … operai a tempo pieno di cui a tempo determinato …
* n. … operai a tempo parziale di cui a tempo determinato …

Il CCNL applicato nella struttura è quello per i dipendenti degli Studi Professionali del 17 aprile 2015.

Alla luce dello stato di crisi che si è descritto, si rende, pertanto, necessario procedere alla:

* sospensione dell’attività lavorativa del personale.
* riduzione dell’attività lavorativa del personale pari al ….% del normale orario di lavoro

Il periodo di sospensione decorrerà dal ......... ed avrà una durata fino al ………..

Si resta a disposizione per l’eventuale esame congiunto mediante modalità telematica da esperirsi entro 5 giorni lavorativi come previsto dall’accordo quadro del 11 marzo 2020.

Distinti saluti