

**Accordo Quadro siglato tra Regione Lombardia e Parti sociali il 5 agosto 2014 ai sensi del
Decreto Interministeriale n. 83473 del 1° agosto 2014**

CIGD 2014 - ACCORDO SINDACALE STANDARD QUADRIMESTRE SETTEMBRE-DICEMBRE 2014

COMPLETARE IN MODO ESAURIENTE IN TUTTE LE PARTI, COMPRESE QUELLE DI TIPO DESCrittivo A COMPILAZIONE APERTA

Attenzione! L'accordo incompleto non consente l'ammissibilità della domanda

Luogo Milano data 29/09/2014

Impresa *[indicare con esattezza la ragione sociale; per i somministrati indicare l'impresa utilizzatrice]*

CLO Scrl

Sede legale: Comune Milano Pv MI Cap 20137

Sede unità produttiva: Comune Lacchiarella Pv Mi Cap 20084

Via Cascine Nuove n. 1

Tel. 02541931 Fax 0254193210

esercente l'attività di Movimentazione Merci e Logistica

CCNL applicato (*specificare se settore artigiano*) *Trasporto merci, Spedizioni e Logistica*

MATRICOLA INPS (per i somministrati indicare la matricola dell'APL) 4901070845

Numero Dipendenti

Dirigenti n. Quadri n.

Impiegati n. Operai n. 27

Apprendisti n. Lavoranti a domicilio n.

Soci lavoratori n. 1109 **TOTALE** n. 1136

Lavoratori assunti con contratto di inserimento n. Somministrati n.

Sono presenti i signori:

per l'impresa	Emiliano Bonomi, Davide de Bella
per l'ass. impr.le LEGACOOP LOMBARDIA	Giovanni Albani
per l'org.ne sind.le Filt CGIL Milano	Mirella Casati
per l'org.ne sind.le Fit Cisl Milano	Cristiano Nobili
per l'org.ne sind.le USB Lodi	Rocco Angelino
per l'org.ne sind.le Sei Sind. Europeo Intercategoriale	Damiano Leta
per <input type="checkbox"/> RSU <input checked="" type="checkbox"/> RSA <input type="checkbox"/> RSB	Luigi Rippa, Coronel Trinidad, Warnakulasuriya Ignatias Lucian Deron Lowe
[solo per i somministrati]	

per l'APL

i quali danno atto:

- di conoscere i contenuti del Decreto Interministeriale n. 83473 del 1° agosto 2014
- di conoscere i contenuti dell'Accordo Quadro per gli ammortizzatori sociali in deroga QUADRIMESTRE SETTEMBRE-DICEMBRE 2014 del 5 agosto 2014 che considerano parte integrante del presente accordo insieme con i suoi allegati;

PREMESSO CHE

Non sono state adottate decisioni finalizzate alla cessazione totale o parziale dell'attività dell'impresa.

L'impresa, alla data di sottoscrizione del presente accordo, dichiara di non avere possibilità di accesso, nell'ambito delle condizioni e dei limiti previsti dalle rispettive disposizioni normative, a nessuna delle prestazioni dei seguenti ammortizzatori sociali: CIGO, CIGS, Fondi di solidarietà di cui all'art. 3 commi da 4 a 41 della L. 92/2012.

L'impresa **non è soggetta** alla disciplina della Cassa integrazione guadagni (né della CIGO né della CIGS)
[continuare con la compilazione del quadro seguente **[1]**]

2 L'impresa **è soggetta** alla disciplina della CIGO, della CIGS
[tralasciare il quadro seguente e passare al quadro successivo **[2]**]

[1] [quadro riservato alle imprese non soggette alla disciplina della Cassa integrazione guadagni (né della CIGO né della CIGS)]

L'impresa ha già richiesto, a partire dal 1 gennaio 2014, i seguenti periodi di CIGD:

dal 01/01/2014 al 31/08/2014 per il sito produttivo di Casorate Primo

L'impresa manifesta la necessità di richiedere l'intervento della CIGD con la seguente causale: *[indicare una sola causale]*

Evento transitorio non imputabile all'imprenditore o ai lavoratori

Situazione temporanea di mercato

Crisi aziendale

Ristrutturazione o riorganizzazione

[descrivere, qui di seguito o in documento allegato, per la causale indicata, la situazione che motiva e giustifica la richiesta]

Vedi i Verbale di Incontro Sindacale del 17/09/2014 e di consultazione del 29/09/2014 allegati

.....
.....
.....

2 [quadro riservato alle imprese soggette alla disciplina della CIGO, della CIGS o di entrambe]

L'impresa ha già richiesto, a partire dal 12 agosto 2010, i seguenti periodi di intervento:

CIGO: dal al [ripetere se necessario]

CIGS: dal al causale [ripetere se necessario]

Contratto di solidarietà: dal al /ripetere se necessario)

L'impresa manifesta la necessità di richiedere l'intervento della CIGD con la seguente causale: *Indicare una sola causale*.

- Evento transitorio non imputabile all'imprenditore o ai lavoratori
 - Situazione temporanea di mercato
 - Crisi aziendale
 - Ristrutturazione o riorganizzazione

L'impresa

- richiede, in costanza di intervento della CIGO/CIGS, l'intervento della CIGD per tipologie di lavoratori non aventi diritto alla relativa indennità.
 - ha esaurito tutte le possibilità di accesso agli ammortizzatori sociali di cui sopra nell'ambito delle condizioni e dei limiti previsti dalle rispettive disposizioni normative. L'impresa manifesta la necessità di richiedere l'intervento della CIGD, secondo quanto disposto dall'art. 2, comma 10 del Decreto Interministeriale n. 83473 del 1° agosto 2014, trovandosi nella situazione eccezionale di seguito descritta, legata alla necessità di salvaguardare i livelli occupazionali, ed in presenza di concrete possibilità di ripresa dell'attività produttiva.

[descrivere, qui di seguito o in documento allegato, la **situazione eccezionale** che motiva e giustifica la richiesta e le **concrete possibilità di ripresa dell'attività produttiva**]

I RAPPRESENTANTI DELLE PARTI PRESENTI CONCORDANO SU QUANTO SEGUE

D G

Quanto premesso è parte integrante del presente accordo.

Al fine di superare la situazione di difficoltà come sopra descritta l'impresa richiederà l'intervento della CIGD, con la causale indicata e motivata in premessa, con le seguenti modalità:

- **NUMERO MASSIMO LAVORATORI IN CIGD:** 130 che potranno essere collocati in CIGD solo dopo aver fruito degli strumenti ordinari di flessibilità, compreso lo smaltimento delle ferie residue.
- **PERIODO:** data inizio 01/10/2014 data fine 31/12/2014
- **NUMERO COMPLESSIVO DELLE ORE DI CIGD DA RICHIEDERE** 10000

Il periodo richiesto non può eccedere la durata complessiva di 11 mesi nell'anno 2014 e comunque la data del 31/12/2014.

L'impresa

chiederà all'INPS il pagamento diretto dell'indennità ai lavoratori

X chiederà all'INPS il pagamento a conguaglio, anticipando il trattamento secondo le modalità sotto indicate
[esplicitare in modo dettagliato eventuali note aggiuntive]

.....
.....

[descrivere in modo dettagliato la prevista modalità della sospensione o riduzione dell'attività con particolare riferimento all'eventuale rotazione del personale in CIGD o alle motivazioni che la impediscono]

E' prevista la rotazione del personale in Cassa Integrazione rispetto alle esigente tecnico organizzative dell'impresa.

Al termine del periodo di CIGD richiesto:

X È prevista la ripresa dell'attività per tutti i lavoratori, senza esuberi.

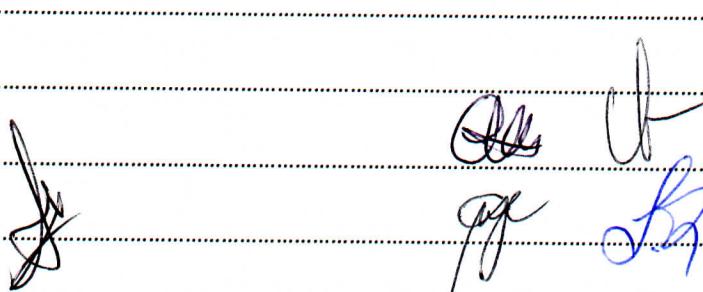
È prevista la ripresa dell'attività per una parte dei lavoratori, con esuberi parziali prevedibilmente quantificabili nel numero di unità.

[Nel caso siano previsti ESUBERI]:

Si concorda altresì sul seguente PIANO DI GESTIONE DEGLI ESUBERI:

[descrivere o allegare]

.....
.....





Sarà cura del datore di lavoro comunicare:



- a tutti i lavoratori per i quali richiede la CIGD le informazioni relative ai periodi di CIGD contenute nell'ALLEGATO 3 - A dell'Accordo Quadro sui criteri per l'accesso agli ammortizzatori sociali in deroga in Lombardia – Quadrimestre settembre-dicembre 2014;
- ai soli lavoratori per i quali è previsto l'obbligo di attivazione (comunicazione da dare entro il giorno di decorrenza della sospensione del lavoratore) le informazioni relative ai periodi di CIGD contenute nell'ALLEGATO 3 – B dell'Accordo Quadro sui criteri per l'accesso agli ammortizzatori sociali in deroga in Lombardia – Quadrimestre settembre-dicembre 2014, contenente l'indicazione del percorso di ricollocazione/riqualificazione concordato tra le parti contenuta nella sezione che segue che verrà consegnata in copia.

Sezione da completare:

- **obbligatoriamente quando:**
 - **vi sono lavoratori coinvolti in un piano di gestione degli esuberi (servizi dedicati alla ricollocazione)**
 - **sono previste sospensioni a zero ore senza rotazione e l'azienda ha già fruito di periodi di CIGD o CIGS nel corso del 2014 (servizi dedicati alla formazione/riqualificazione professionale.)**
- facoltativamente nel caso in cui le parti ravvedano l'opportunità di servizi dedicati alla **formazione/riqualificazione professionale**

Politiche attive

I firmatari concordano che i lavoratori sospesi parteciperanno al percorso

- di formazione/riqualificazione professionale
 di ricollocazione

di seguito sinteticamente descritto:

- obiettivo dell'intervento:
- tipologia e descrizione dei percorsi:
- lavoratori coinvolti:
- durata dell'intervento:
- eventuale certificazione delle competenze:
- previsione di eventuali risorse economiche aziendali e/o paritetiche sociali:
- eventuali indicazioni logistico-organizzative:

I rappresentanti delle Parti presenti dichiarano che i criteri e i requisiti previsti nel Decreto Interministeriale n. 83473 del 1°agosto 2014 dovranno comunque essere integralmente applicati anche per quanto non disciplinato dal presente accordo.

Letto, confermato e sottoscritto.

Per l'Impresa



Benito
B. M.
LEADER LOMBARDIA

Eventuali allegati:

Verbale di incontro sindacale del 17/09/2014

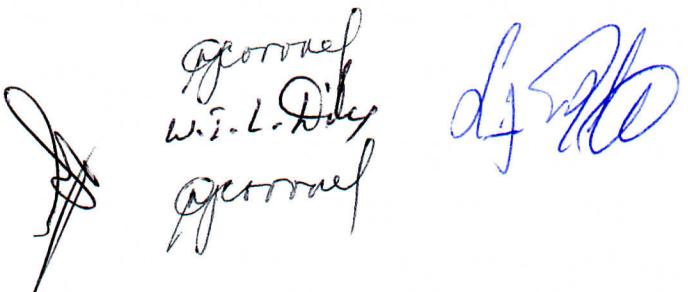
Verbale di consultazione sindacale del 29/09/2014

Per le Organizzazioni sindacali dei lavoratori



cisl G. M. - G. S. E. Z. 2

per le RSA



georref
w.i.-l.-dily
georref
dj RBB