

ACCORDO QUADRO 2012

**ACCORDO SINDACALE STANDARD INTERVENTO A**  
*[utilizzabile solo per DATORI DI LAVORO DI TIPOLOGIA ,1 con decorrenza a partire dal 1 gennaio 2012]*  
 PRIMA RICHIESTA (prima in assoluto)  
 SECONDA RICHIESTA  
 SECONDA RICHIESTA DOPO UN INTERVENTO A NEL 2011  
 TERZA RICHIESTA DOPO DUE INTERVENTI A NEL 2011  
*[solo se la seconda richiesta è con decorrenza successiva al 30 settembre 2011]*

**CIGD 2012**  
**ACCORDO SINDACALE STANDARD PER L'INTERVENTO A**  
*(Accordo Quadro siglato tra Regione Lombardia e Parti sociali il 6 dicembre 2011)*

COMPILARE IN TUTTE LE PARTI

Luogo .....Milano.....

data .....30/12/2012....

Datore di lavoro .....L'Operosa scarl.....  
Sede legale: Comune ..... Granarolo dell'Emilia .....  
Prov. ...BO... Cap....40057.....  
Sede unità produttiva: Comune ..... Milano.....  
Prov. ...MI... Cap ...20121... Via ...Olgettina c/o P.O. San Raffaele e Turro..... n. ....  
Tel. ....051 6047600..... Fax .....051 6047685.....  
esercente l'attività di .....Pulizie e servizi integrati.....  
CCNL applicato (specificare se settore artigiano) ...31/05/2011 Pulizie e servizi integrati - multiservizi.....

Dirigenti n. 0  
Impiegati n. 72  
Apprendisti n.  
Soci lavoratori n.  
Lavoratori assunti con contratto di inserimento n.

**Dipendenti**  
Quadri n. 8  
Operai n. 2520  
Lavoranti a domicilio n.  
**TOTALE n. 2600**  
Somministrati n.

CF.  
Conf. Sind. Lavoro Ambiente Solidarietà  
L.A.S.  
SINDACATO INTERCATEGORIE  
Il Segretario Nazionale  
Francesco Florindo Casaroli

Sono presenti i signori:

- per il datore di lavoro: ..... Giorgio Cremonini .....
- per l'Associazione di categoria [specificare quale] .....
- per OO.SS FILCAMS CGIL ... D'Aronzo Raffaele.....
- per OO.SS FISASCAT CISL Notarnicola Ivan.....
- per OO.SS. [specificare quale] .....
- per /RSA/ .....

[Nel caso di procedura prevista dall'Ente bilaterale artigiano] .....

i quali danno atto:

- di conoscere i contenuti dell'Accordo quadro per gli ammortizzatori sociali in deroga 2012 del 6 DICEMBRE 2011 che considerano parte integrante del presente accordo insieme con i suoi allegati;
- di essere pertanto consapevoli che il trattamento di CIGD autorizzato dalla Regione Lombardia cesserà nel momento in cui il datore di lavoro dovesse avere nuovamente la possibilità di accedere alla CIGO o alla CIGS;
- di conoscere i contenuti del Patto per le politiche attive del lavoro 2012 sottoscritto il 22 dicembre 2011.

**PREMESSO CHE IL DATORE DI LAVORO**

**Non ha utilizzato**, nel periodo che intercorre tra il **1 gennaio 2007** e la data di sottoscrizione del presente accordo, ammortizzatori sociali per i propri dipendenti.

**Ha utilizzato**, nel periodo sopra citato i seguenti ammortizzatori sociali per i propri dipendenti:

CIGD utilizzata in data antecedente al **1 gennaio 2009**:

dal ..... al ..... (ripetere se necessario);

**A partire dal 1 gennaio 2009:**

CIGO, N. settimane autorizzate nei 24 mesi antecedenti l'inizio della CIGD previsto nel presente accordo .....

Data inizio della CIGO..... [riportare la data esatta della prima autorizzazione ai fini della verifica della possibilità di richiedere ulteriori periodi di CIGO successivamente all'inizio della CIGD previsto nel presente accordo].

CIGS, causale ..... dal ..... al ..... (ripetere se necessario);

Periodo di sospensione previsto dall'art.19 comma 1 lett. da a) a c) del dl 185/2008, convertito in legge 2/2009 e integrato dall'art.7 ter della l.33/2009 dal ..... al .....

CIGD<sup>1</sup>, riduzione 60% servizi caserme E.I..... dal 02/04/2009 al 31/08/2010 (ripetere se necessario);

CIGD<sup>2</sup>, riduzione 25% servizi scuole ..... dal 01/02/2010 al 30/06/2010 (ripetere se necessario);

CIGD<sup>3</sup>, riduzione 25% servizi scuole dal 01/03/2010 al 30/06/2010 (ripetere se necessario);

CIGD<sup>4</sup>, esondazione corsi d'acqua della Liguria dal 01/11/2011 al 30/10/2011 (ripetere se necessario);

CIGD<sup>5</sup>, riduzione 25% servizi scuole ..... dal 01/07/2011 al 15/09/2011 (ripetere se necessario);

CONTRATTO DI SOLIDARIETA' ..... dal 01/06/2006 al 29/02/2012

ALTRO [specificare] ..... dal ..... al .....

**Ha la possibilità di utilizzo**, a partire dal ....., di un ulteriore periodo di CIGO secondo quanto specificamente indicato nell'allegato 1 dell'accordo quadro 2012.

**IL DATORE DI LAVORO ALLA DATA DI SOTTOSCRIZIONE DEL PRESENTE ACCORDO DICHIARA ALTRESÌ CHE**

- applica integralmente i CCNL, contratti territoriali, contratti aziendali, comprensivi della parte che regola la bilateralità ove esistente, in coerenza con quanto indicato nella circolare del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali n. 43 del 15 dicembre 2010;

i propri dipendenti hanno esaurito il periodo di sospensione previsto dall'art.19 comma 1 lett. da a) a c) del dl 185/2008, convertito in legge 2/2009 e integrato dall'art.7 ter della l.33/2009;

nessuno dei propri dipendenti ha potuto utilizzare il periodo di sospensione previsto dall'art.19 comma 1 lett. da a) a c) del dl 185/2008, convertito in legge 2/2009 e integrato dall'art.7 ter della l.33/2009, causa la mancanza dell'intervento integrativo degli Enti bilaterali;

- non ha alcuna possibilità di utilizzo di CIGO o CIGS previste dalla legislazione ordinaria;

- è costretto ad una sospensione dal lavoro o riduzione dell'orario di lavoro a causa di:

crisi di mercato

mancanza di lavoro, commesse o di ordini

altri eventi improvvisi ed imprevisti (specificare) Eccesso di lavoratori a disposizione e calo di ordini e richieste nel nuovo capitolato rispetto al vecchio.

<sup>1</sup> Specificare nella causale se l'intervento si riferisce ai soli lavoratori apprendisti o a domicilio in presenza di intervento della CIGO/CIGS per gli altri lavoratori.

<sup>2</sup> Specificare nella causale se l'intervento si riferisce ai soli lavoratori apprendisti o a domicilio in presenza di intervento della CIGO/CIGS per gli altri lavoratori.

<sup>3</sup> Specificare nella causale se l'intervento si riferisce ai soli lavoratori apprendisti o a domicilio in presenza di intervento della CIGO/CIGS per gli altri lavoratori.

<sup>4</sup> Specificare nella causale se l'intervento si riferisce ai soli lavoratori apprendisti o a domicilio in presenza di intervento della CIGO/CIGS per gli altri lavoratori.

<sup>5</sup> Specificare nella causale se l'intervento si riferisce ai soli lavoratori apprendisti o a domicilio in presenza di intervento della CIGO/CIGS per gli altri lavoratori.

- cessazione, anche parziale, dell'attività
- necessità di prevedere, in costanza di intervento della CIGO/CIGS, l'intervento della CIGD per tipologie di lavoratori non aventi diritto alla relativa indennità.

[Eventuale descrizione della situazione specifica che è all'origine della richiesta di CIGD]

.....  
 .....

**SI CONCORDA**

al fine di superare la situazione di difficoltà come sopra descritta di ricorrere alla CIGD

- con la seguente causale: *[una sola scelta]*  Crisi aziendale  
 Riorganizzazione aziendale/Ristrutturazione  
 Cessazione parziale/totale

Conf. Sind. Lavoro Ambiente Solidarietà  
 L.A.S.  
 SINDACATO INTERCATEGORIE  
 Il Segretario Nazionale  
 Francesco Florindo Casaroli

- con le seguenti modalità:

- **NUMERO MASSIMO DIPENDENTI:** *[indicare il numero dei dipendenti che utilizzeranno effettivamente la CIGD]...21*
- **MONTE ORE MASSIMO COMPLESSIVO<sup>6</sup>...1950**

*[è possibile richiedere un monte ore complessivo pari a massimo 500 ore per ciascuno dei dipendenti interessati alla CIGD; nel caso di terza richiesta, quando ammessa, il monte ore complessivo è pari a massimo 200 ore per ciascuno dei dipendenti interessati alla CIGD PRECISARE 40%]*

- **PERIODO: data inizio 01.01.2013 data scadenza 31.03.2013**

*[il periodo qui indicato deve corrispondere al periodo richiesto nella domanda. Come scadenza è da indicare sempre il termine del 31.12.2012. Nel caso in cui il monte ore qui indicato venga esaurito prima del termine è possibile presentare una nuova domanda dopo aver stipulato un nuovo accordo sindacale].*

Il datore di lavoro

- chiederà all'INPS il pagamento anticipato (ai sensi del comma 3 dell'art.7 ter del DL 5/09 convertito con modificazioni con la L. 33/09<sup>7</sup>)
- non chiederà all'INPS il pagamento anticipato (ai sensi del comma 3 dell'art.7 ter del DL 5/09 convertito con modificazioni con la L. 33/09)

**Il pagamento delle indennità sarà erogato direttamente dall'INPS ai lavoratori.**

*[esplicitare in modo dettagliato eventuali note aggiuntive]*

.....  
 .....

Sarà cura del datore di lavoro far sottoscrivere a tutti i lavoratori coinvolti nell'intervento della CIGD la Dichiarazione di Immediata Disponibilità (DID).

A ciascun lavoratore dovrà essere rilasciata una copia della DID, sottoscritta per ricevuta da un rappresentante del datore di lavoro, contenente l'indicazione specifica dell'intervento di CIGD richiesto e della relativa causale nonché l'indicazione del percorso di formazione/riqualificazione concordato tra le parti contenuta nella sezione che segue che verrà consegnata in copia.

<sup>6</sup> Il massimo di ore pro capite si intende per ogni lavoratore full time; per i lavoratori part time il massimale deve essere riproporzionato.

<sup>7</sup> La presentazione all'INPS della richiesta di pagamento anticipato delle indennità di CIGD consente all'INPS di anticipare l'erogazione ai lavoratori anche prima dell'emissione del decreto autorizzativo della Regione. L'erogazione anticipata può essere effettuata per un periodo massimo di 4 mesi, trascorso il quale senza che sia stato emesso il decreto autorizzativo l'INPS sospende il pagamento e può procedere al recupero delle somme erogate nei confronti dell'azienda.

Sezione da completare se si è concordato un percorso di formazione / riqualificazione professionale destinato ai lavoratori in CIGD finanziato con risorse private e/o paritetiche sociali.  
Consegnare in copia ai lavoratori al momento del rilascio della DID.

**Politiche attive del lavoro**

I firmatari concordano che i lavoratori sospesi parteciperanno al percorso

di formazione/riqualificazione professionale

di seguito sinteticamente descritto:

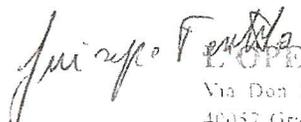
- obiettivo dell'intervento: .....
- tipologia e descrizione dei percorsi: .....
- lavoratori coinvolti: .....
- durata dell'intervento: .....
- eventuale indicazione Ente accreditato o Agenzia per il Lavoro o Centro per l'impiego.....

Sede.....  
indirizzo.....  
tel.....

- previsione di eventuali risorse economiche aziendali e/o paritetiche sociali:  
.....  
.....

Letto, confermato e sottoscritto.

Per il datore di lavoro



**L'OPEROSA S.c.a.r.l.**  
Via Don Minzoni, 2 - Cadriano  
40057, Grezzano dell'Emilia (BO)  
TEL. 051.6047600 - FAX 051.6047699

Per l'Ass.ne di categoria dei datori di lavoro

Per le Organizzazioni sindacali dei lavoratori



Eventuale allegato alla domanda on line piano di realizzazione del percorso di formazione/riqualificazione o di ricollocazione      SI  NO

**Conf. Sind. Lavoro Ambiente Solidarietà**  
**L.A.S.**  
**SINDACATO INTERCATEGORIE**  
*Il Segretario Nazionale*  
**Francesco Florindo Casaroli**