



COMPILAZIONE A CURA DELL'AZIENDA

1 - DATI DELL'AZIENDA:

Ragione Sociale _____

Codice fiscale

Partita Iva

2 - DATI DEL LAVORATORE

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale

Sesso M F

Data di nascita / /

Indirizzo di residenza _____ n. _____

Comune di residenza _____ Cap Provincia

E - mail _____ Cellulare / Tel. _____

L'azienda DICHIARA

che il lavoratore sopra indicato, iscritto a Solidarietà Veneto Fondo Pensione, rientra in una procedura di **CASSA INTEGRAZIONE GUADAGNI** ordinaria o straordinaria **A ZERO ORE** che comporta la **TOTALE** sospensione dell'attività per **ALMENO 12 MESI continuativi**¹.

L'azienda dichiara altresì che la procedura di CASSA INTEGRAZIONE qui riportata ha avuto inizio dal giorno / /



Compilare il modulo in tutte le sue parti, trattenerne copia e inviarlo:
via mail a gestione@solidarietaveneto.it
oppure via fax allo 041.97.62.68

Timbro e firma dell'azienda

NOTE

(1) CASSA INTEGRAZIONE

La Covip dispone che la cassa integrazione abbia comportato una perdurante situazione di sospensione totale (zero ore) dell'attività lavorativa.

La Covip stessa reputa ammissibile la liquidazione del riscatto parziale, anche prima dell'avvenuta maturazione del periodo di 12 mesi di cassa Integrazione guadagni, ogniqualvolta risulti definito ex ante il periodo di fruizione della cassa integrazione guadagni a zero ore e questo periodo risulti fissato in almeno 12 mesi.