

## DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL TITOLARE/LEGALE RAPPRESENTANTE DELL'AZIENDA

Il sottoscritto consapevole delle responsabilità civili e penali conseguenti a dichiarazioni false, per sé e relativamente all'azienda rappresentata, dichiara quanto segue:

- a) il trattamento di integrazione salariale decorre dal .....
- b) sussistono le condizioni previste dall'accordo sottoscritto in sede governativa il 30/05/2012
- c) ciascun lavoratore collocato in CIG in deroga ha maturato un'anzianità lavorativa aziendale pari o superiore a 90 giorni alla data iniziale della prima concessione
- d) è stato adottato il criterio di rotazione  sì  no
- e) si impegna a comunicare mensilmente, entro il 10 del mese successivo a quello di ricorso all'integrazione salariale, al Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale - Direzione Regionale del Lavoro di Campobasso – via XXIV maggio 197 86100 Campobasso, all'indirizzo di posta elettronica [DRL-Molise@lavoro.gov.it](mailto:DRL-Molise@lavoro.gov.it) , e a Italia Lavoro Spa all'indirizzo di posta elettronica [molisederoghe@italialavoro.it](mailto:molisederoghe@italialavoro.it) l'elenco dei lavoratori interessati adottando l'apposito Quadro mensile a consuntivo (Allegato 4), indicando, per ciascun lavoratore, anche in caso negativo, il periodo e le ore di effettivo utilizzo del trattamento di CIG.
- f) si impegna a trasmettere mensilmente, in **via telematica (entro il 10 del mese successivo a quello di riferimento)** il modello “**SR4I**” (allegato 3) all'INPS secondo la procedura resa disponibile dall'Istituto (accedere all'indirizzo [www.inps.it](http://www.inps.it), selezionare le voci “Servizi online> Aziende, consulenti e professionisti> Servizi per le aziende e i consulenti” e, previa immissione del proprio PIN, cliccare sul collegamento “CIG” e poi “CIG a pagamento diretto”). I dati riportati nei modelli INPS devono coincidere con quelli trasmessi alla Direzione Regionale del Lavoro del Molise ed a Italia Lavoro con il Quadro mensile a consuntivo.
- g) è impegnato a richiedere a ciascuno dei lavoratori che saranno collocati in CIG la dichiarazione di responsabilità con la quale i medesimi attestino di non beneficiare, al medesimo tempo, di alcuna prestazione previdenziale o assistenziale connessa alla sospensione dell'attività lavorativa, anche con oneri a carico di altro Ente Pubblico.
- h) che l'impresa rappresentata rientra nelle seguenti tipologie (come da Istruzioni operative per la concessione dei trattamenti in deroga in vigore):
  - imprese di tutti i settori che non rientrano nella disciplina di cui all'art. 12, commi 1 e 2 della legge 223/91, fino a 15 dipendenti, nonché delle imprese industriali dei medesimi settori ubicate nella Regione Molise con più di 15 dipendenti in condizioni di non poter usufruire degli ammortizzatori sociali secondo quanto disposto dalla normativa vigente;
  - imprese di cui al punto precedente riconducibili ai settori dei servizi (incluse le cooperative di servizi), del commercio e del turismo fino a 50 dipendenti;
  - imprese ubicate nella Regione Molise che abbiano attivato procedure di cassa integrazione secondo la normativa ordinaria e richiedono l'intervento di CIG in deroga per gli apprendisti, i lavoratori a tempo determinato e i somministrati in organico.

DATA

TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

.....

### Avvertenza:

Le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art. 26 della legge 4/1/1968 n. 15, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia

**CRISI AZIENDALE SETTORE.....**

1) Illustrare le ragioni della crisi:

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

2) Dichiarare se sussistono eventuali eccedenze di personale:

SI  NO

● Numero personale eccedente.....

3) Illustrare il programma di gestione degli esuberanti:

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

4) Stato di attuazione del piano di risanamento (nei casi di proroga)

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

5) Illustrare il Programma aziendale di interventi finalizzato alla ripresa delle attività

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