CEAV
CASSA
EDILE
ARTIGIANA
VENETA

CASSA EDILE ARTIGIANA VENETA

MOD C 11

ATTENZIONE: DA INVIARE ALLA CEAV ENTRO 20 GIORNI DALL'INIZIO DELLA SOSPENSIONE

A MEZZO FAX AL SEGUENTE NUMERO: 041.930719

COMUNICAZIONE INIZIO SOSPENSIONE
APPRENDISTI OPERAI PER MANCANZA DI LAVORO

CODICE IMPRESA | RAGIONE SOCIALE IMPRESA

CODICE FISCALE AZIENDA | MATRICOLA INPS AZIENDA

ELENCO DIPENDENTI APPRENDISTI SOSPESI PER MANCANZA DI LAVORO

1 cod.dip. | cognome nome | CF

Periodo sospensione richiesto dal | al

2 cod.dip. | cognome nome | CF

Periodo sospensione richiesto dal | al

3 cod.dip. | cognome nome | CF

Periodo sospensione richiesto dal | al

4 cod.dip. | cognome nome | CF

Periodo sospensione richiesto dal | al

5 cod.dip. | cognome nome | CF

Periodo sospensione richiesto dal | al

LA SOTTOSCRITTA AZIENDA DICHIARA CHE PER TALE PERIODO DI SOSPENSIONE SI FA RICORSO ALL'AMMORTIZZATORE SOCIALE SOTTOINDICATO: (barrare l'ipotesi che ricorre)

☐ **DSO** [legge 2/2009 art. 19, comma 1) lettera c)] ☐ **nessuno**

Il presente modulo va inviato a CEAV entro 20 giorni dall'inizio della sospensione dal lavoro a mezzo fax al numero: 041.930719

Si autorizza CEAV ad utilizzare i dati forniti per il procedimento in corso (D.Lgs. 30/06/03 CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI)

La sottoscritta azienda dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità.

Luogo e data

Timbro e firma dell'impresa

CEAV
CASSA
EDILE
ARTIGIANA
VENETA

CASSA EDILE ARTIGIANA VENETA

MOD C 12

➡ DA INVIARE ALLA CEAV ENTRO IL GIORNO 16 DEL MESE SUCCESSIVO
A QUELLO DI RIFERIMENTO A MEZZO FAX (041.930719)

DICHIARAZIONE MENSILE SOSPENSIONE APPRENDISTI OPERAI PER MANCANZA DI LAVORO

CODICE IMPRESA | RAGIONE SOCIALE IMPRESA

CODICE FISCALE AZIENDA | MATRICOLA INPS AZIENDA

PERIODO DI SOSPENSIONE COMPLESSIVO (indicare il periodo risultante dal verbale sindacale ex art. 411 cpc)

DAL (PERIODO INIZIALE) AL (PERIODO FINALE)

DICHIARAZIONE RELATIVA AL MESE DI : (indicare mese ed anno)

COMUNICAZIONE DEI GIORNI DI RIPRESA LAVORATIVA

ELENCO DEI LAVORATORI

1 cod.dip. | cognome nome | CF

Comune di residenza del lavoratore

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

2 cod.dip. | cognome nome | CF

Comune di residenza del lavoratore

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

3 cod.dip. | cognome nome | CF

Comune di residenza del lavoratore

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

INDICAZIONI PER LA COMPILAZIONE ED INVIO:

Indicare con X le GIORNATE DI **RIPRESA LAVORATIVA** ed ogni ulteriore giornata comunque retribuita a qualsiasi titola dall'azienda stessa. Per le giornate di sospensione NON dovrà essere segnalato alcun dato nelle caselle . Analogamente NON va segnalato alcun dato per la sesta giornata e per la domenica se NON lavorate.

Il presente modulo va inviato a CEAV entro il giorno 16 del mese successivo a quello di riferimento. Va comunque inviato anche se nel mese di riferimento non c'è stata alcuna ripresa lavorativa.- **Da inviare a mezzo fax al seguente numero: 041.930719**

Si autorizza CEAV ad utilizzare i dati forniti per il procedimento in corso (D.Lgs. 30/06/03 CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI)

La sottoscritta azienda dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità.

Luogo e data

Timbro e firma dell'impresa