

VERBALE DI ACCORDO SISTEMA MODA 2017 CONTRATTI A TERMINE

**COMUNICAZIONE ALLA COMMISSIONE PARITETICA
ai sensi dell'art. 8 CCRL Sistema Moda**

Il/La sottoscritto/a _____

legale rappresentante dell'impresa _____

sita a _____ in via _____

partita IVA _____

con la seguente struttura occupazionale alla data della richiesta:

n° ope. _____ n° imp. _____ n° app. _____ totale dip. _____

con la presente comunica che a decorrere dal _____ assumerà con
contratto a termine una unità aggiuntiva per la seguente mansione

rispetto al limite massimo dei contratti a termine previsto dal CCNL.

L'azienda dichiara quanto segue:

1) di essere iscritta alla seguente associazione artigiana: _____

2) consapevole degli effetti nel caso di dichiarazione mendace, di essere in regola con i versamenti ad EBAV e a SANI.IN.VENETO;

3) di aver/non aver stipulato accordi per utilizza ammortizzatori sociali; se sì, indicare la sigla dell'organizzazione sindacale (se più di una indicarle tutte): _____

Data _____

Firma

VERBALE DI ACCORDO SISTEMA MODA 2017 CONTRATTI A TERMINE
RICHIESTA DI PARERE ALLA COMMISSIONE PARITETICA
ai sensi dell'art. 8 CCRL Sistema Moda

Il/La sottoscritto/a _____

legale rappresentante dell'impresa _____

sita a _____ in via _____

partita IVA _____

con la seguente struttura occupazionale alla data della richiesta:

n° ope. _____ n° imp. _____ n° app _____ totale dip. _____

avendo già usufruito dell'unità aggiuntiva con contratto a termine rispetto al limite massimo previsto dall'art. 8 (vedi precedente comunicazione inoltrata il _____)

con la presente chiede di poter assumere ulteriori _____ lavoratori con contratto a termine con la seguente mansione _____

per le seguenti necessità produttive: _____

e per il seguente periodo: _____.

L'azienda dichiara quanto segue:

1) di essere iscritta alla seguente associazione artigiana: _____

2) consapevole degli effetti nel caso di dichiarazione mendace, di essere in regola con i versamenti ad EBAV e a SANI.IN.VENETO;

3) di aver/non aver stipulato accordi per utilizza ammortizzatori sociali; se sì, indicare la sigla dell'organizzazione sindacale (se più di una indicarle tutte): _____

4) di aver/non aver già usufruito del presente articolo del CCRL

Data _____

Firma
