

**RICHIESTA INTERVENTO "FONDO APPRENDISTI EDILIZIA"  
 PER APPRENDISTI (OPERAI ed IMPIEGATI) IN CASO DI "MANCANZA DI LAVORO"**

CODICE IMPRESA

RAGIONE SOCIALE IMPRESA

MESE

ANNO

CODICE FISCALE

**ELENCO MENSILE DIPENDENTI APPRENDISTI IN SOSPENSIONE PER MANCANZA DI LAVORO**
**1** cod.dip.  cognome nome  CF 

cant/gg	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	totale
	<b>TOTALE IMPORTO €</b>															<b>TOTALE ORE</b>																

Utilizza la "sospensione per mancanza di lavoro" (barrare la casella corrispondente) :

- Mancato possesso dei requisiti soggettivi per CIGO ordinaria (tipologia apprendistato e/o anzianità)  
 Terminato il periodo di CIG in Deroga il \_\_\_\_\_

SITUAZIONE ISTITUTI CONTRATTUALI LEGARI ORARIO DI LAVORO ( indicare il saldo alla fine del mese precedente l'evento):

Ferie : NR. ORE \_\_\_\_\_ Festività abolite : NR. ORE \_\_\_\_\_ R.O.L. : NR. ORE \_\_\_\_\_

**2** cod.dip.  cognome nome  CF 

cant/gg	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	totale
	<b>TOTALE IMPORTO €</b>															<b>TOTALE ORE</b>																

Utilizza la "sospensione per mancanza di lavoro" (barrare la casella corrispondente) :

- Mancato possesso dei requisiti soggettivi per CIGO ordinaria (tipologia apprendistato e/o anzianità)  
 Terminato il periodo di CIG in Deroga il \_\_\_\_\_

SITUAZIONE ISTITUTI CONTRATTUALI LEGARI ORARIO DI LAVORO ( indicare il saldo alla fine del mese precedente l'evento):

Ferie : NR. ORE \_\_\_\_\_ Festività abolite : NR. ORE \_\_\_\_\_ R.O.L. : NR. ORE \_\_\_\_\_

**3** cod.dip.  cognome nome  CF 

cant/gg	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	totale
	<b>TOTALE IMPORTO €</b>															<b>TOTALE ORE</b>																

Utilizza la "sospensione per mancanza di lavoro" (barrare la casella corrispondente) :

- Mancato possesso dei requisiti soggettivi per CIGO ordinaria (tipologia apprendistato e/o anzianità)  
 Terminato il periodo di CIG in Deroga il \_\_\_\_\_

SITUAZIONE ISTITUTI CONTRATTUALI LEGARI ORARIO DI LAVORO ( indicare il saldo alla fine del mese precedente l'evento):

Ferie : NR. ORE \_\_\_\_\_ Festività abolite : NR. ORE \_\_\_\_\_ R.O.L. : NR. ORE \_\_\_\_\_

" Casella [gg]": nel giorno in cui si verifica l'evento indicare il numero di ore di assenza.

**Documentazione allegata (obbligatoria)**

 MANCANZA DI LAVORO :  Verbale di sospensione ex art. 411 c.p.c.

La sottoscritta azienda dichiara che sono stati utilizzati o programmati gli istituti contrattuali legati all'orario di lavoro.

**N.B.:** La sottoscritta azienda dichiara che gli importi sopradescritti sono già stati già anticipati al proprio personale apprendista con la retribuzione del mese di \_\_\_\_\_

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 azienda