Mod. FSR 03

Scheda informativa per la determinazione del contributo per RIDUZIONE DELL'ATTIVITA' DOVUTA A CRISI CONGIUNTURALE

IMPRESA _____ COD. INPS _____

INDIRIZZO _____ CCNL APPLICATO _____

CODICE FISCALE _____ PERIODO DAL _____ AL _____

COORDINATE BANCARIE PER L'ACCREDITO (Si richiede la compilazione completa)

BANCA	FILIALE	CIN	ABI	CAB	C/C (12 CARATTERI ALFANUMERICI)

DATI LAVORATORI				DISOCCUPAZIONE ORDINARIA CON REQUISITI NORMALI			
N.	Lavoratore	Qualifica	Retribuzione oraria	Giorni Riduzione	Ore riduzione DA 41 A 480	**TOTALE** Col. 8+9	**TOTALE CONTRIBUTO** A CARICO EBAC Col. 4 X 6 X 40%
1	2	3	4	5	6	10	8
TOTALI							

Il sottoscritto..... chiede l'erogazione delle provvidenze di competenza del Fondo Sostegno al Reddito per i lavoratori sopra riportati sulla base dell'accordo sottoscritto il .....

L'incaricato alla compilazione

..... (NOME COGNOME E FIRMA) ..... (ASSOCIAZIONE O STUDIO) ..... (RECAPITO TELEFONICO) ..... (FAX)

Sottoscrizione del legale rappresentante dell'impresa

.....

Data.....

Mod FSR 03