CARTA INTESTATA AZIENDA

 Luogo, data

Spett. le

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dichiarazione del datore di lavoro.**

Con la presente documentazione si informa che l’Azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ha presentato/presenterà all’Ente competente la richiesta per usufruire della seguente forma di ammortizzatore sociale nei confronti del dipendente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_, a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_.

La richiesta sarà presentata/è stata presentata per un periodo temporale con data inizio dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Dopo l’emissione del provvedimento di ammissione al trattamento, (da parte degli Enti preposti), avrà diritto al trattamento integrativo previsto dalla legge di riferimento.

*(barrare l’ ammortizzatore sociale richiesto)*

## □ C.I.G.O. D.L. 18/2020

## □ F.I.S. D.L. 18/2020

## □ C.I.G. in Deroga per emergenza COVID-19 D.L. 18/2020

## □ Fsba – Covid 19 D.L. 18/2020

In fede

L'AZIENDA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_