

Alla Commissione Paritetica dell'Autotrasporto c/o EBAT

Email: commissioneautotrasporto@ebat.tn.it

Data Protocollo _____

Numero Protocollo _____

RELAZIONE D'IMPRESA – APPLICAZIONE DISCONTINUITA'

ART 11 BIS DEL CCNL

Il sottoscritto/a

Titolare/legale rappresentante dell'Azienda _____

Partita Iva/Cod. fiscale _____

Indirizzo _____ Cap _____

Comune _____ Provincia _____

Telefono _____ Fax _____ Email _____

Matricola INPS _____

Codice Ateco _____

Associata a Associazione Artigiani: SI NO

Conferisce mandato all'Associazione Artigiani: SI NO

Natura Azienda: Artigiana SI NO Non Artigiana SI

Descrizione Attività

N. dipendenti: _____

N. dipendenti Autisti: _____

Indicare n. dei lavoratori autisti distinto qualifica/parametro retributivo impiegati in mansioni discontinue:

COMUNICA

alla Commissione Paritetica che nella Sua attività il tempo di lavoro effettivo non coincide con i tempi di presenza a disposizione, in ragione dei vincoli di organizzazione derivante dalla tipologia dei trasporti, in quanto l'attività di autotrasporto è la seguente:

L'azienda attesta di aver comunicato ai dipendenti interessati il loro coinvolgimento alla discontinuità con apposito modulo sulla durata media settimanale di 58 ore e durata massima settimanale che può essere estesa a 61 ore solo se in un periodo di 6 mesi la media delle ore di lavoro non supera il limite delle 58 ore settimanali.

L'azienda attesta la sussistenza delle condizioni di cui all'art. 11 bis co. 1.

Attraverso la presente comunicazione si intende esperita Verifica della discontinuità e degli inquadramenti ex nuovo Articolo "Declaratoria Operai Specializzati area professionale C".

L'azienda autorizza ad utilizzare i dati forniti per il procedimento in corso (D.Lgs. 30/06/03 n. 196): codice in materia di protezione dei dati personali.

In attesa di Vs. comunicazione in merito.

Data _____

Il Legale Rappresentante

Indicare eventuali problematiche che si intendono affrontare con l'organismo bilaterale dell'autotrasporto:
