

Alla Commissione Paritetica dell'Autotrasporto c/o EBAT

Email commissioneautotrasporto@ebat.tn.it

Data Protocollo _____

Numero Protocollo _____

RELAZIONE D'IMPRESA – VERIFICA DELLA SOLA DISCONTINUITÀ'

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

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:

- che i lavoratori interessati ai sensi di quanto previsto dal CCNL Logistica, Trasporto Merci e Spedizione sono da ritenersi discontinui e che pertanto il loro orario di lavoro ordinario è di 47 ore settimanali.

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 una Vs. comunicazione in merito.

Data _____

Il Legale Rappresentante

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