

MOD. 1

**Dichiarazione dell'azienda di avvenuta informazione dei lavoratori
in relazione alla richiesta di intervento di FSBA – AIS / ACIGS**

L'azienda _____

con sede in _____

P.IVA _____ e C.F. _____

Matricola INPS _____ Telefono _____

e-mail _____ PEC _____

rappresentata dal legale rappresentante dell'azienda _____ ,

premesso che ha presentato richiesta a FSBA di accedere alla prestazione di assegno AIS - ACIGS per il periodo dal _____ al _____,

consapevole che l'ammortizzatore AIS - ACIGS non può essere concesso nel caso di cessazione dell'attività aziendale e che dopo la fruizione del trattamento di sospensione i lavoratori devono riprendere l'attività lavorativa,

prendendo atto che EBAT – Ente Bilaterale Artigianato Trentino è un ente costituito dalle Organizzazioni datoriali dell'artigianato (Associazione Artigiani Trentino) e dalle Organizzazioni dei Sindacati dei Lavoratori (CGIL, CISL, UIL del Trentino),

dichiara

- che i propri lavoratori sono stati messi a conoscenza della richiesta di ammortizzatore AIS - ACIGS presentato a FSBA
- che, per le finalità e quanto sopra dichiarato, ha fatto compilare ai propri lavoratori i dati anagrafici (MOD. 2), che tali dati sono veritieri e completi, e che gli stessi dati sono stati inseriti nella richiesta di ammortizzatore AIS - ACIGS tramite la piattaforma software sinaweb di FSBA.

Luogo e data.

Il legale rappresentante dell'azienda
