Mod.SOSP/01-3

Alla **Fondazione ENPAIA - Ente Nazionale di Previdenza per gli Addetti e per gli Impiegati in Agricoltura**

Viale Beethoven, 48 - 00144 Roma
Tel. 06/54581 - Call Center 800.010270 - Fax 06/5914444
Internet: www.enpaia.it E.mail: info@enpaia.it

Modulo di denuncia delle sospensioni del rapporto di lavoro

DA RESTITUIRE COMPILATO A MACCHINA O A STAMPATELLO E SOTTOSCRITTO

DATI RELATIVI ALL'AZIENDA

Denominazione _____

Numero Posizione assicurativa ENPAIA |_|_|_|_|_|_| **Tel./Fax Azienda** _____

DATI RELATIVI AL DIPENDENTE

Cognome _____ **Nome** _____

Matricola ENPAIA |_|_|_|_|_|_| **Codice Fiscale** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

**** Periodi sospensioni:**
(gg - mm - aa) ** Cod. Sosp.*

Dal __ __ __ **al** __ __ __ - __ __
Dal __ __ __ **al** __ __ __ - __ __
Dal __ __ __ **al** __ __ __ - __ __
Dal __ __ __ **al** __ __ __ - __ __
Dal __ __ __ **al** __ __ __ - __ __
Dal __ __ __ **al** __ __ __ - __ __
Dal __ __ __ **al** __ __ __ - __ __
Dal __ __ __ **al** __ __ __ - __ __
Dal __ __ __ **al** __ __ __ - __ __

*** Codice e tipo sospensione**

(10) Maternità - astensione obbligatoria (1)
(11) Maternità - astensione facoltativa (1)
(12) Maternita - allattamento (1)
(20) Servizio di leva (1)
(30) Malattia retribuita al 50% (1) *(v. CCNL)*
(31) Malattia non retribuita (1) *(v. CCNL)*
(50) Aspettativa sindacale (1)
(51) Assenza non retribuita (1)
(60) Assistenza handicappati (1)
(70) Cassa integrazione ordinaria (1)
(71) Cassa integrazione straordinaria (1)
(80) Donazione sangue (1)

** **Indicare negli appositi spazi il periodo ed il codice relativo alla sospensione**

(1) **Legenda (v. retro)**

Dichiarazione di responsabilità

Il/La sottoscritto/a .....
dichiara , ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e successive modifiche ed integrazioni, sotto la propria responsabilità civile e penale, che le informazioni e i dati contenuti nel presente modulo sono rispondenti al vero e si impegna a comunicare entro 30 giorni qualsiasi variazione riguardante le situazioni dichiarate.
Allega copia del documento di identità ai sensi del citato decreto.

Data ____/____/_____ Timbro della Ditta e Firma_____

(1) Legenda

(10) Maternità – astensione obbligatoria	Indicare la durata **complessiva** dell'astensione obbligatoria • Uno o due mesi antecedenti alla data presunta del parto; • Eventuali periodi di astensione anticipata autorizzati dal Servizio Ispezione del Lavoro; • Tre o quattro mesi, successivi la nascita del bambino.
(11) Maternità – astensione facoltativa	Indicare la durata **complessiva** dell'astensione facoltativa • Periodo continuativo o frazionato fino agli otto anni di vita del bambino.
12) Maternità – allattamento	Indicare la durata **complessiva** dell'astensione per allattamento: • Fino ad un anno di vita del bambino
(20) Servizio di leva	Indicare la durata **complessiva** del periodo di ferma.
(30) Malattia retribuita al 50%	Indicare il periodo di assenza per malattia in cui c'è trattamento economico decurtato al 50%. Tale periodo varia in funzione dell'anzianità di servizio ed è regolamentato dal CCNL del settore di appartenenza.
(31) Malattia non retribuita	Indicare il periodo di assenza per malattia in cui **non** c'è trattamento economico.
(50) Aspettativa sindacale	Indicare la durata complessiva annuale.
(51) Assenza non retribuita	Indicare i periodi in caso di : • Sciopero • Aspettativa senza retribuzione • Permessi non retribuiti • Assenze ingiustificate
(60) Assistenza handicappati	Indicare i giorni di permessi mensili in base alla legge 104/92
(70) Cassa integrazione ordinaria	Indicare la durata **complessiva** della sospensione derivata da cause temporanee ,con la previsione certa della ripresa dell'attività lavorativa. Fornire la certificazione rilasciata dall' INPS.
(71) Cassa integrazione straordinaria	Indicare la durata **complessiva** della sospensione derivata da cause inerenti particolari situazioni in cui può versare l'azienda come: • ristrutturazione o riorganizzazione aziendale • crisi di particolare rilevanza Fornire copia dell'autorizzazione ministeriale.
(80) Donazione sangue	Indicare la data del giorno in cui si effettua la donazione di sangue.