

Ente Bilaterale Artigianato Trentino - FSBA**Dichiarazione di presa visione da parte dei lavoratori
della richiesta di intervento di FSBA – Assegno ordinario**

L'azienda _____ con sede in _____

P.IVA _____ e C.F. _____

Matricola INPS _____

Telefono _____ email _____

PEC _____

rappresentata dal legale rappresentante dell'azienda _____ ,

premessò che ha presentato richiesta a FSBA di accedere alla prestazione di assegno ordinario per il periodo da _____ a _____ ,

consapevole che il trattamento di sospensione 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,

l'azienda dichiara

che i propri lavoratori sono stati messi a conoscenza della richiesta di assegno ordinario presentata a FSBA.

I sotto firmatari dipendenti dell'azienda _____ dichiarano di essere stati messi a conoscenza della richiesta di sospensione effettuata dall'azienda a FSBA.

Cognome Nome	Codice Fiscale	Indirizzo e-mail	Firma

Luogo e data _____

Il legale rappresentante dell'azienda
