



**MODELLO CHIUSURA PER SOSPENSIONE TEMPORANEA
DELL'ATTIVITA'**

(Articolo 11.4/a del Regolamento del FILA)

Il Sottoscritto quale TITOLARE/LEGALE RAPPRESENTANTE
della Ditta _____ esercente
l'attività di _____ CCNL applicato _____
con sede in _____ Via /Piazza _____
Tel. _____ Fax _____ e.mail _____
Codice Fiscale _____ Partita IVA _____
Cod. IBAN _____

CHIEDE

Al FILA di poter beneficiare della erogazione degli interventi di sostegno al reddito per i
Titolari/Collaboratori/Soci a seguito di sospensione "a zero ore" dell'intera attività aziendale
intervenuta nel periodo dal _____ al _____

Cognome	Nome	Ore di sospensione	Retribuzione convenzionale	Erogazione FILA (a cura del FILA) integrazione del 60% del salario convenzionale

_____, li _____

(Timbro e Firma dell'Azienda)