

# Assicurazione contro la disoccupazione

## Annuncio di lavoro ridotto per perdite di clientela dovute a condizioni meteorologiche

Azienda

Nr. RIS

Nr. IDI

CHE -

Azienda / Nome del settore d'esercizio

Ramo

Indirizzo

Nr.

CAP

Luogo

**Persona responsabile**  Dell'azienda  Terzi (si prega di allegare una procura)

Cognome

Nome

Telefono

E-mail

### Servizio cantonale

Nome

Sigla cantone

1 Con il presente preannuncio, comuniciamo il lavoro ridotto per il settore d'esercizio

Settore d'esercizio

Altitudine

CAP

Luogo

Sigla cantone

2 Data di apertura e di chiusura dell'esercizio negli ultimi cinque anni:

Apertura dell'esercizio

G	G	M	M	A	A	A	A

Chiusura dell'esercizio

G	G	M	M	A	A	A	A



3 Effettivo del personale  
Impiegati fissi

Totale	Colpiti dal lavoro ridotto
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Lavoratori su chiamata

Totale	Colpiti dal lavoro ridotto
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

4 Inizio del lavoro ridotto

Data
<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
G G M M A A A A

5 Motivo del lavoro ridotto

6 Presso quale cassa di disoccupazione fate valere il diritto all'indennità per lavoro ridotto?

Nome

7 A quale cassa di compensazione AVS siete affiliati?

Nome <input type="text"/>	Numero di conteggio <input type="text"/>
---------------------------	--

**Osservazioni generali**

Vi invitiamo a leggere l'opuscolo info-service «Indennità per lavoro ridotto» su [www.lavoro.swiss](http://www.lavoro.swiss) prima di compilare il formulario.

Il datore di lavoro ha l'obbligo di fornire informazioni corrispondenti al vero (art. 88 LADI e art. 28 LPG).

**Conferma del datore di lavoro**

**Con la firma apposta in calce confermo di aver risposto a tutte le domande in modo completo e veritiero, e che tutti i collaboratori colpiti dal lavoro ridotto hanno fornito il loro consenso. Prendo atto che, in conformità agli articoli 105 e 106 LADI, delle indicazioni inveritiere o non corrette che hanno portato ad un pagamento erroneo delle prestazioni costituiscono un'infrazione penale. In ogni caso, le prestazioni indebitamente riscosse devono essere restituite.**

Luogo

Data

<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
G G M M A A A A

Firma

Allegati

- Organigramma aziendale, per i diversi settori d'esercizio con gli effettivi del personale di ciascuna unità organizzativa
- Copia attuale dell'estratto del registro di commercio (disponibile su [ZEFIX.ch](http://ZEFIX.ch))