

# Assicurazione contro la disoccupazione

## Preannuncio per lavoro ridotto

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 Il lavoro ridotto dev'essere introdotto per

tutta l'azienda

il settore d'esercizio menzionato

2 Durata probabile del lavoro ridotto

dal  
G G M M A A A A

al  
G G M M A A A A

3 Perdita di lavoro probabile, in percentuale, per mese / periodo di conteggio

%

4 Sono state convenute delle vacanze aziendali?

dal  
G G M M A A A A

al  
G G M M A A A A

dal  
G G M M A A A A

al  
G G M M A A A A



5 Effettivo del personale:

	Contratti di lavoro di durata indeterminata indéterminée	Personne il cui contratto di lavoro è stato disdetto	Contratti di lavoro di durata determinata	Lavoratori su chiamata	Personne in formazione
a) di tutta l'azienda, oggi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) di tutta l'azienda, un anno fa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Da compilare solo per il preannuncio di un settore d'esercizio:

c) del settore d'esercizio, oggi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) del settore d'esercizio, un anno fa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 Lavoratori colpiti dal lavoro ridotto

Totale

*Non vanno indicate le persone che in qualità di soci, di membri di un organo dirigente dell'azienda o finanziariamente partecipi della società, prendono parte alle decisioni del datore di lavoro o possono esercitarvi un influsso considerevole, nonché i loro coniugi o partner registrati che lavorano nell'azienda.*

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

8 A quale cassa di compensazione AVS siete affiliati?

Numero di conteggio

**Per rispondere alle domande 9 – 12 si prega di utilizzare un foglio A4 separato.**

9 Presentate brevemente la Vostra ditta

- a) Campo d'attività
- b) Data della sua fondazione

10 Fornite indicazioni in merito alle ordinazioni e allo sviluppo del volume di affari

- a) Motivi alla base del mutato volume di ordinazioni
- b) Cifra d'affari mensile / totale degli onorari degli ultimi quattro anni
- c) Volume delle ordinazioni attuale, volume dello stesso periodo dell'anno precedente e volume dello stesso periodo di due, tre e quattro anni
- d) Probabile sviluppo del volume di affari nei prossimi quattro mesi

11 Indicate in modo dettagliato i motivi che vi hanno indotto a introdurre il lavoro ridotto

- a) Motivi
- b) Quali misure sono state adottate per evitare il lavoro ridotto?
- c) Sono state differite delle ordinazioni? Se sì, perché? Tipo e volume delle ordinazioni differite

12 Indicate le ragioni per le quali, a Vostro parere, la perdita di lavoro è solo temporanea

**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.

Per il lavoro ridotto dei lavoratori a domicilio, vi invitiamo a voler usare il formulario nr. 10041. Per il lavoro ridotto dovuto a fattori meteorologici, il formulario da compilare è il nr. 10056.

Il lavoro ridotto può essere concesso per una durata di tre mesi, qualora la riduzione del lavoro dovesse proseguire, è necessario un nuovo preannuncio. Se il lavoro ridotto dovesse toccare solo alcuni settori d'esercizio, vi invitiamo a voler compilare un preannuncio per ogni settore d'esercizio colpito.

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

### 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.

Dichiaro inoltre di dover effettuare un controllo del tempo di lavoro presso i collaboratori colpiti dal lavoro ridotto (p.es. timbrature, rapporti sulle ore di lavoro) che indichi:

- le ore di lavoro prestate quotidianamente, comprese eventuali ore supplementari,
- le ore perse per motivi economici e
- tutte le altre assenze quali ad es. vacanze, giorni di malattia, infortunio, servizio militare.

Luogo

Data

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)
- Risposte alle domande 9 - 12 su foglio A4 separato