

ALL'AGENZIA REGIONALE DEL LAVORO  
DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA  
AMBITO TERRITORIALE DI MODENA  
SERVIZIO PER IL COLLOCAMENTO MIRATO DI  
MODENA  
VIA DELLE COSTELLAZIONI N. 180  
41126 MODENA  
TEL. 059/209988  
FAX 059/2918594  
pec: arlavoro.mo@postacert.regione.emilia-romagna.it

Oggetto: Comunicazione ai fini della sospensione degli obblighi occupazionali.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ legale rappresentante  
della ditta \_\_\_\_\_  
con sede legale in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
e filiali in \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ P. IVA \_\_\_\_\_  
esercitante l'attività di \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
mail \_\_\_\_\_

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00 e consapevole delle conseguenze e delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del suddetto D.P.R. nel caso di dichiarazioni false o comunque non corrispondenti al vero, sotto la propria responsabilità

comunica

- Di aver attivato la procedura di licenziamento collettivo per riduzione di personale prevista dagli artt. 4 e 24 della Legge n. 223/91 in data \_\_\_\_\_;
- Che in data \_\_\_\_\_, ha effettuato l'accordo/manca accordo (che si allega in copia);
- Che i licenziamenti saranno comminati entro il termine, previsto dal suddetto accordo, del \_\_\_\_\_;
- Che il numero dei licenziamenti è di n. \_\_\_\_\_ unità;
- Che le unità produttive interessate sono dislocate in \_\_\_\_\_.

Il sottoscritto si impegna, nel caso di procedura in corso, a comunicare entro il termine di 10 giorni dalla stipulazione, la data dell'accordo o mancato accordo e le ulteriori notizie richieste.

Si impegna altresì a comunicare, in caso di almeno 5 licenziamenti, la data dell'ultimo licenziamento.

Si allega documento riconoscimento del legale rappresentate.

\_\_\_\_\_  
Firma Legale Rappresentante

Data,

Si prega di indicare chiaramente l'indirizzo di posta elettronica certificata e il numero di fax a cui inviare le comunicazioni.