*Carta intestata azienda*

DICHIARAZIONE

Con la presente si dichiara che il dipendente

|  |  |
| --- | --- |
| nome  |   |
|  |  |
| cognome |  |
|  |  |
| codice fiscale |  |

È stato collocato in FIS/CIGD o altro ammortizzatore sociale per il periodo temporale

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| da |  | a |  |

Per un numero di settimane pari a:

|  |
| --- |
|  |

*(indicare il numero di settimane per le quali il dipendente è stato collocato almeno un giorno in FIS/CIGD o altro ammorizzatore sociale)*

Inoltre si dichiara che l’azienda non ha effettuato integrazione, anche parziale, dell’indennità spettante.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Luogo e data |  |  | Timbro e firma |
|  |  |  |  |