|  |
| --- |
| ***Federazione Italiana Sindacale Assicurazioni Credito*** |

***BANCO DI NAPOLI – I COORDINATORI RRSSAA di AREA NAPOLI/PROVINCIA***

**per i Quadri Direttivi**

**Nuovo Modello di Servizio - Indennità mancato preavviso**

**Di seguito abbiamo predisposto un fac-simile per richiedere l’indennità prevista per il mancato preavviso; è fortemente probabile che nella concitazione precedente il 19 gennaio 2015, molti preavvisi di trasferimento siano stati inferiori a quelli previsti dall’articolo 88, comma 3, del CCNL del 19 gennaio 2012, che di seguito riportiamo:**

 **“3. Il trasferimento, salvo che particolari ragioni d'urgenza non lo consentano, viene disposto dall'impresa con un preavviso non inferiore a 45 giorni di calendario per il dipendente che abbia familiari conviventi o parenti conviventi verso i quali sia tenuto all'obbligo degli alimenti e 30 giorni di calendario per gli altri lavoratori/lavoratrici, fermo che, ove non sia possibile rispettare i suddetti termini - restando il trasferimento operativo - il quadro direttivo beneficerà di un'erogazione commisurata a tante diarie per quanti sono i residui giorni di preavviso non fruito.”**

**Napoli 23/4/2015**

**I Coordinatori delle RR.SS.AA. Fisac/Cgil d’Area Napoli e Provincia**

**RICHIESTA EROGAZIONE EX ART. 88 CCNL 19 1 2012**

Spett.

Ufficio Amministrazione del Personale

Via Nizza, 262/2 - Lingotto

10126 -Torino

*Per il tramite della struttura di gestione del personale competente per territorio*

Il/La sottoscritto/a ………………………………………………....................................., dipendente di ................... [[1]](#footnote-1) , matricola n. …..........., quadro direttivo, in relazione al trasferimento presso .................................................................................. [[2]](#footnote-2) disposto dall’azienda a decorrere dal .................. , e comunicato in data ……… chiede l’erogazione dell’indennità prevista dall’art. 88, comma 3 del CCNL del 19 gennaio 2012, in considerazione del mancato rispetto del preavviso.

(*scegliere fra le opzioni indicate di seguito*)

( ) Dichiaro di non avere obbligo di alimenti per familiari o parenti conviventi.

( ) Dichiaro di avere l’obbligo di alimenti per i seguenti familiari o parenti conviventi:

1)

2)

3)

4) ecc.

Distinti saluti

Data .................................. Firma .................................................

1. *Indicare la Società di appartenenza*  [↑](#footnote-ref-1)
2. *Indicare la struttura ed il suo indirizzo completo*  [↑](#footnote-ref-2)