

Unemployment Insurance Division
Harriman State Office Campus
Albany, NY 12240
(518) 457-2635

Elenco partecipanti al piano di lavoro condiviso

Se le persone dell'unità interessata sono più di 7, fotocopiare questa pagina per i nomi da aggiungere.
Se le unità interessate sono più di una, fotocopiare questa pagina e compilarla per ciascuna delle unità aggiuntive.

Nome del datore di lavoro e indirizzo della sede di lavoro	Numero di registrazione del datore di lavoro	Data
--	--	------

Denominazione dell'unità interessata:

Riduzione percentuale proposta¹:

Nome del dipendente	Iniz. 2° nome	Cognome del dipendente	Numero di previdenza sociale del dipendente	Orario di lavoro normale ²	Il dipendente è impiegato in qualità di lavoratore stagionale, temporaneo o intermittente? (Sì o No)	Lavoratore a cottimo (Sì o No)	Nome del sindacato e Numero locale ³	Data effettiva di inizio del lavoro condiviso ⁴
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								

Numero dipendenti nell'unità interessata: _____

Numero dipendenti in modalità di lavoro condiviso: _____

¹ Non inferiore al 20% e non superiore al 60%.

² Non superiore a 40 ore settimanali.

³ Se il dipendente è membro di un sindacato, è necessario il consenso del rispettivo rappresentante del contratto collettivo (punto 14).

⁴ Richiesta solo per la modifica di un piano esistente.