

**CONTRATTO DI SOMMINISTRAZIONE A TEMPO DETERMINATO NR. n.:**

Il giorno _____ la **Orienta Spa** Partita Iva 05819501007, essendo in possesso di autorizzazione definitiva del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs n. 276 del 10.09.2003 con Prot. N. 1106-SG del 26-11-2004 (di seguito denominata "il Somministratore")

e

la società
partita iva

codice fiscale

con sede in
(di seguito denominata "l'Utilizzatore")

convengono ai sensi del D.Lgs. n. 276 del 10 settembre 2003 quanto segue:

1) Numero lavoratori e motivazione

L'Utilizzatore chiede la somministrazione a tempo determinato di nr. _____ lavoratori in relazione alla seguente ipotesi:

Fare fronte a ragioni di carattere Tecnico, Produttivo, Organizzativo, come da art.21 D.LGS. 276/03 e da CCNL ad essa applicato, motivate da: CIG 5855383EE5 - **CIG DERIVATO : ZF918532C8**

2) Inquadramento e retribuzione

CCNL Utilizzatore:

Livello e categoria:

Mansioni:

Referente Gerarchico:

Elementi della retribuzione Full Time derivante da CCNL e da eventuali integrativi: N. mensilità annuali 13

PAGA BASE

INDENNITA' VACANZA CONTR.

Totale retribuzione lorda**3) Tipologia di Corrispettivo prescelta (cfr. Condizioni Generali di Contratto punto 8) (Iva esclusa)**

Corrispettivo ore ordinarie:

Corrispettivo ore festività:

Per le ore di lavoro straordinario il costo sarà aumentato come previsto dal Vostro CCNL.

Per le ore di lavoro soggette a maggiorazioni il costo sarà aumentato come previsto dal Vostro CCNL.

Verranno fatturati a parte ove previsti:

4) Orario di lavoro e articolazione settimanale

Nr. _____ ore totali settimanali distribuite come di seguito indicato:

5) Prova:

Nr. giorni _____ di effettiva prestazione (salvo differenti restrizioni derivanti dal CCNL del personale somministrato, cfr. Condizioni Generali di Contratto art. 7)

Eventuali comunicazioni dovranno pervenire al numero di fax 0672439439

6) Luogo di prestazione:**7) Inizio prestazione:****Fine prestazione:****8) Igiene e sicurezza D.lgs. 81 del 09/04/2008 e CCNL somministrazione 24/07/2008 e s.m.i.**

L'Utilizzatore

ORIENTA SPA AGENZIA PER IL LAVORO

(timbro e firma)



Posizione assicurativa Utilizzatore:

Referente dell' Utilizzatore incaricato di fornire le informazioni sui rischi per la salute e sicurezza sul lavoro connessi all'attività dell'impresa in generale:

Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (RLS):

Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione Utilizzatore:

Le Misure di sicurezza per il tipo di attività, sono a carico dell'Utilizzatore.

L'utilizzatore dichiara di aver compilato e firmato l'allegato 1 "Modello di informazione sui rischi per l'integrità e la salute dei lavoratori e delle misure di prevenzione adottate" che è parte integrante del presente contratto.

L'utilizzatore dichiara che sono presenti Rischi Specifici per l'integrità e la salute dei lavoratori oggetto del presente contratto: (come indicato nell'allegato 1)

La sorveglianza medica obbligatoria e/o speciale è a carico dell'Utilizzatore.

L'addestramento all'uso dei dispositivi di protezione individuale, ove previsto, è a carico dell'Utilizzatore.

Gli obblighi di cui all'art. 23 comma 5 del D.Lgs n. 276 del 10/09/2003 sono a carico dell'Utilizzatore.

9) Condizioni di pagamento:

60 GG DATA FATTURA

10) Indirizzo di fatturazione:

Per quanto non previsto dal presente contratto si fa riferimento al CCNL dei lavoratori somministrati e alle condizioni generali di contratto.

L'Utilizzatore

ORIENTA SPA AGENZIA PER IL LAVORO

(timbro e firma)

L'Utilizzatore dichiara sotto la propria responsabilità che tutte le informazioni rese e contenute nel contratto sono veritiere e dichiara di avere preso visione delle condizioni generali di contratto sottoscritte dalle parti e che accetta nella loro interezza e senza riserve, quale parte integrante del presente contratto.

L'Utilizzatore

(timbro e firma)



ALLEGATO 1

MODELLO DI INFORMAZIONE SUI RISCHI PER L'INTEGRITA' E LA SALUTE DEI LAVORATORI E DELLE MISURE DI PREVENZIONE ADOTTATE

Contratto di Somministrazione Lavoro NR.

(di cui il presente modello fa parte integrante)

Impresa utilizzatrice:

Mansione richiesta:

Qualifica:

1) L'informazione sui rischi per la sicurezza e la salute in generale viene erogata dall'Impresa Utilizzatrice:

2) L'Impresa Utilizzatrice dichiara di avere effettuato, in data _____, la valutazione dei rischi ai sensi degli art. 17-18-28-29 e 36 del Decreto Legislativo n. 81/2008 e successive modifiche ed integrazioni e che da tale documento si evince che le mansioni richieste comportano:

a) sorveglianza medica speciale da espletarsi con visite mediche a carico dell'Impresa Utilizzatrice, con la seguente periodicità:

☐ Preventiva (per verificare l'idoneità del lavoratore) ed ove prevista:

☐ Semestrale ☐ Annuale ☐ Altra periodicità

b) rischi specifici quali:

.....

Sono stati adottati i seguenti accorgimenti tecnici per evitarli:

.....

3) L'Impresa Utilizzatrice dichiara che conformemente a quanto previsto dal sopracitato D.Lgs. informerà il lavoratore di quanto descritto alle lettere a) e b) del soprascritto punto 2).

4) Sono altresì previsti, per la mansione specifica, i seguenti Dispositivi di Protezione Individuale, di cui l'utilizzatore darà al lavoratore l'addestramento all'uso:

.....

5) Il Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (RLS) è il Sig.

6) Il Responsabile Servizio di Protezione e Prevenzione è il Sig.

7) Il Medico Competente (ove possibile) è il Dott.

8) Il nominativo (ove possibile) dell'addetto al primo soccorso è:

9) Il nominativo (ove possibile) dell'addetto antincendio è:

Eventuali procedure che riguardano il primo soccorso, la lotta antincendio, l'evacuazione dai luoghi di lavoro e ulteriori informazioni specifiche sono a carico dell'Utilizzatore.

Data:

L'Utilizzatore (timbro e firma)

Al lavoratore:

Per presa visione

.....