

RICHIESTA DI PREVENTIVO PER OFFERTA SOMMINISTRAZIONE DI LAVORO A TEMPO DETERMINATO

Società (Ragione Sociale): _____

P. IVA: _____ C.F. _____

Indirizzo (sede legale): Via _____ n° _____ C.A.P. _____ Città _____ Prov. _____

Tel.: _____ Fax: _____ e-mail _____

Oggetto dell'attività: _____

Rappresentante legale: _____

R.S.P.P. _____ RLS _____

Direttore/Responsabile Risorse Umane: _____ Tel.: _____ e-mail _____

C.C.N.L. applicato: _____ N. mensilità: _____ N. dip. a T.I. _____ a T.D. _____

Codice Ateco _____

Esiste contratto integrativo aziendale? _____ (in caso affermativo allegare una copia).

Motivo del ricorso alla somministrazione: _____

N. lavoratori richiesti _____ Durata della missione: _____ Luogo della missione: _____

Mansione richiesta: _____ Livello _____ N. ore settimanali _____

Tasso di riferimento INAIL operai _____ Posizione INAIL op. _____

Tasso di riferimento INAIL impiegati _____ Posizione INAIL impiegati _____

Retribuzione mensile lorda:

| elementi della retribuzione | IMPORTO | incidenza | | | | |
|-----------------------------|---------|-----------------|-----------------|-----|--------------|---------------|
| | | 13 [^] | 14 [^] | tfr | straordinari | maggiorazioni |
| paga base | | | | | | |
| contingenza | | | | | | |
| Edr/terzo elemento | | | | | | |
| | | | | | | |

| STRAORDINARI descrizione | % | TURNI descrizione | % | Incid. Su 13a 14a ferie |
|--|---|---|---|----------------------------|
| FESTIVO | | GIORNALIERO dalle alle | | |
| NOTTURNO dalle alle | | NOTTURNO dalle alle | | |
| | | | | |
| | | | | |

 Differenze dal C.C.N.L. SI NO

h/gg ferie _____ h permessi _____ h ex festività _____

 Mensa buoni pasto Totale costo _____ di cui a carico dipendente _____

Giorno e mese del S. Patrono _____ Frazione di ora retribuita _____

Orario di lavoro: _____

 Visita medica preventiva obbligatoria? SI NO

 visite mediche periodiche SI NO periodicità _____

 Visita medica conclusiva obbligatoria? SI NO

Medico competente, nominato dall'azienda _____

Rischi specifici _____

DPI previsti _____

Valutazione dei rischi effettuata in data: _____

Banca d'appoggio _____

ABI _____ e CAB _____ FILIALE:

L'impresa utilizzatrice si assume ogni responsabilità inerente alle dichiarazioni contenute nella presente scheda.

Data _____

Timbro e firma azienda utilizzatrice _____