

NOTE Attività stagionale Contratto collettivo dell'Utilizzatore Attività stagionale contratto collettivo dell'Utilizzatore	
E A NORMA DELL'ATTO CON N. di CIG: ZBE2C5CF7B	
UTILIZZATORE	ADECCO ITALIA S.P.A.
NOME: A.M.S.A. SRL -AZIENDA MUNICIPALE SVILUPPO ARCO P.IVA: 01683140220 - C.F.: 01683140220 INDIRIZZO: Viale Magnolie, 9 38062 ARCO TN SEDE LEGALE: Viale Magnolie, 9 38062 ARCO TN RAPPRESENTANTE LEGALE O PROCURATORE: Renato Veronesi REFERENTE OPERATIVO: Renato Veronesi	FILIALE DI: ARCO INDIRIZZO: Via Baden Powell, 7 38062 ARCO TN TELEFONO: 0464 532588 Direttore di Filiale: Serena Mattedi ESTREMI AUT. MIN.: PROT. N. 1100-SG del 26.11.2004
	NUMERO DI LAVORATORI: 1 PERIODO DI PROVA: 9 giorni di lavoro effettivo
RISCHI PROFESSIONALI	
CLASSE DI RISCHIO INAIL: 0722 TASSO INAIL: 4 POSIZIONE ASSICURATIVA INAIL UTILIZZATORE: 7128358 PER LE INFORMAZIONI SUI RISCHI PER L'INTEGRITA' E LA SALUTE DEI LAVORATORI E MISURE DI PREVENZIONE ADOTTATE, NONCHE' PER LE INFORMAZIONI DI CUI ALL'ART. 40 CCNL ApL, SI RIMANDA AL "MODULO RILEVAMENTO RISCHI" ALLEGATO AL PRESENTE CONTRATTO, DEL QUALE E' PARTE INTEGRANTE	
DURATA DELLA SOMMINISTRAZIONE	INQUADRAMENTO E RETRIBUZIONE
DATA STIPULA: 29/05/2020 DATA INIZIO: 08/06/2020 DURATA PREVISTA: fino al 16/10/2020 Salvo proroghe che verranno di volta in volta pattuite ORARIO: 40 ore settimanali su due turni (08.00-15.30 e 15.30-23.00) con banca ore. Giorno di riposo lunedì LUOGO DI LAVORO: Via Legionari Cecoslovacchi, 12 38062 ARCO TN	MANSIONI: Impiegata / Receptionist INQUADRAMENTO ART. 27 CCNL ApL: C QUALIFICA: Impiegati LIVELLO/CATEGORIA: 4 Imp. ord., op. qual., cass, camer. bar. CCNL DI RIFERIMENTO: Turismo - Alberghi - Federalberghi - Faita RETRIBUZIONE ORARIA DI FATTO COMUNICATA: Eur. 8,94646 ELEMENTI DELLA RETRIBUZIONE ECCEDENTI IL CCNL: Elementi ricorrenti: Elementi variabili: CONTRATTO INTEGRATIVO DI SECONDO LIVELLO APPLICATO DALL'UTILIZZATORE: Nessuno
FATTURAZIONE	
MOLTIPLICATORE 2,146 TARIFFA ORE ORDINARIE Eur. 19,20 Come da Proposta Commerciale CONDIZIONI DI PAGAMENTO: BONIFICO 30 GG. FINE MESE ALL' ATTENZIONE DI: Pierpaolo Bernardis E-MAIL REF. FATTURAZIONE: roberto@arcoturistica.com INDIRIZZO DI FATTURAZIONE: Viale Magnolie, 9 38062 ARCO TN	

L'UTILIZZATORE DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' CHE TUTTE LE INFORMAZIONI RILASCIATE IN QUESTO CONTRATTO SONO CORRETTE E VERITIERE.
 LE CONDIZIONI GENERALI RIPORTATE SUL RETRO COSTITUISCONO PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATTO.

.....

L'UTILIZZATORE DICHIARA DI AVER PRESO CONOSCENZA DELLE CONDIZIONI GENERALI RIPORTATE NEL RETRO DEL PRESENTE CONTRATTO E DI ACCETTARLE SENZA RISERVE.
 IN PARTICOLARE, ai sensi dell'art. 1341 C.C., l'Utilizzatore dichiara di conoscere ed approvare specificamente gli artt. 7 (Informazione e formazione sulla sicurezza); 8 (Obblighi di prevenzione e protezione); 9 (DPI); 10 (Obblighi formativi e giusta causa di dimissioni); 11 (Infortunio) e 12 (Sorveglianza sanitaria); 23, secondo comma. (Successione di contratti e festività); 25 (Servizi resi); 26, secondo comma. (Assunzioni incentivate); 30 (Fermo tecnico); 40 (Invalidità del contratto); 41 (Limitazione di responsabilità); 43 (Clausola risolutiva espressa) e 44 (Foro di Milano).

.....
 UTILIZZATORE

Spett.le

A.M.S.A. SRL -AZIENDA MUNICIPALE SVILUPPO ARCO

Viale Magnolie, 9

38062 ARCO TN

ARCO, 04/06/2020

Oggetto: contratto di somministrazione di lavoro n. 13005 del 29/05/2020

Con riferimento al contratto in oggetto, si comunica che l'indicazione di eventuali variazioni settimanali (straordinari e/o assenze) rispetto all'orario di lavoro contrattualmente previsto, dovrà pervenirci mediante controfirma del modello "Bollettino di lavoro – Variazioni orario contrattuale" sottoscritto dal lavoratore (inviato da Voi o consegnato dal lavoratore stesso), il cui fac-simile è allegato alla presente.

Tale comunicazione dovrà necessariamente avvenire entro il martedì della settimana successiva a quella in cui si è verificata la variazione.
Se la variazione dovesse aver luogo nell'ultima settimana del mese o di contratto, la comunicazione dovrà invece effettuarsi entro il secondo giorno lavorativo successivo la fine del mese o di contratto.

In caso di mancata comunicazione di variazione, si intenderà reciprocamente riconosciuto che il lavoratore ha prestato la propria attività secondo le ore contrattualmente previste e procederemo quindi con la relativa fatturazione prendendo come riferimento l'orario di lavoro settimanale come da contratto, che prevede N. **40 ore settimanali** così suddivise:

	Dalle ore:	Alle ore:	Dalle ore:	Alle ore:
Lunedì	00:00	00:00	00:00	00:00
Martedì	08:00	15:30	00:00	00:00
Mercoledì	15:30	23:00	00:00	00:00
Giovedì	08:00	15:30	00:00	00:00
Venerdì	15:30	23:00	00:00	00:00
Sabato	08:00	15:30	00:00	00:00
Domenica	15:30	23:00	00:00	00:00

Ci riserviamo fin d'ora la facoltà di procedere con un conguaglio entro il mese successivo.

Distinti saluti.

Adecco Italia S.p.A.
Timbro e firma

Per presa visione ed espressa accettazione
A.M.S.A. SRL -AZIENDA MUNICIPALE SVILUPPO ARCO

Firma

MODULO RILEVAMENTO RISCHI

Allegato al contratto di somministrazione n. 13005 del 29/05/2020 ed ai contratti di assunzione ad esso associati

ai sensi dell'art. 33, comma 1, lettera "c" e comma 3 del D.Lgs. 81/2015 (s.m.i.), dell'art. 40 del CCNL per la Categoria delle Agenzie di Somministrazione di Lavoro del 15/10/2019 (s.m.i.) e del D.Lgs. 81/2008 (s.m.i.)

Utilizzatore A.M.S.A. SRL - AZIENDA MUNICIPALE SVILUPPO ARCO Qualifica e mansione lavoratore/impiegati - impiegata/receptionist

L'Utilizzatore dichiara di aver effettuato la valutazione dei rischi ai sensi dell'articolo 17 del D.Lgs. 81/2008 (s.m.i.) e redatto il relativo documento di cui agli artt.17, 28 e 29 del citato decreto, in data 03/06/2015 o modificato/a successivamente in data

Soggetto incaricato di fornire informazione/formazione su salute e sicurezza¹ Sig. Marchettini Roberto

RSPP Sig. Assoservizi

Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza Sig. D'onorio Vito

Medico Competente (qualora previsto) Dr. Cagianca Massimo

Fattori di rischio	Si	No	Livello di rischio	Misure di prevenzione, dpi	Obbligo di sorv. sanitaria
Infortuni di tipo meccanico (tagli, cesoiamento, schiacciamento, impigliamento, trascinarsi, urto, abrasione, scivolamento, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
Urto, investimento, schiacciamento per transito mezzi meccanici in movimento	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
Caduta dall'alto	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
Movimentazione manuale dei carichi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
Utilizzo Videoterminale (almeno 20 ore settimana)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	medio	pause, schermi adatti, formazione, informazione	No
Rischi di natura elettrica	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
Rumore	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
Vibrazioni meccaniche	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
Radiazioni ottiche di origine artificiale	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
Campi elettromagnetici	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
Microclima	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
Agenti Chimici: inalazione	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
Agenti Chimici: contatto cutaneo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
Agenti Chimici: ingestione	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
Agenti cancerogeni e mutageni	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
Amianto	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
Agenti biologici	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
Atmosfere esplosive	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
Incendio	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
Stress lavoro-correlato	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
Altro / rischi specifici	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			

Sorveglianza sanitaria con periodicità:

Le informazioni sui rischi per la sicurezza e la salute in generale, formazione ed addestramento all'uso delle attrezzature di lavoro per la specifica attività lavorativa, nonché le informazioni sulle procedure che riguardano il primo soccorso, lotta antincendio ed evacuazione dai luoghi di lavoro, sono erogate dall'Utilizzatore. La sorveglianza sanitaria dei lavoratori avviati con contratto di somministrazione è effettuata a cura dell'Utilizzatore ai sensi e per gli effetti dell'art. 40, co. 8 del CCNL per le Apl del 15.10.2019 (s.m.i.) e dell'art. 35, co. 4, D.Lgs 81/2015 (s.m.i.). I dispositivi di protezione individuali (DPI) per i lavoratori avviati con contratto di somministrazione, ove necessari, sono forniti dall'Utilizzatore conformemente alle disposizioni previste dall'art. 35, co. 4, D.Lgs. 81/2015 (s.m.i.) e dalle condizioni generali del contratto di somministrazione. Sarà responsabilità dell'Utilizzatore comunicare ad Adecco Italia S.p.A. eventuali e successive variazioni/integrazioni al contenuto del presente modulo ed eventuali documenti correlati.

02/04/2019

Data compilazione

Data

firma lavoratore (per contratto di assunzione)

Timbro e Firma Adecco Italia S.p.A.

Timbro e Firma Utilizzatore

(Aut. Min. Prot. n.1100-SG del 26.11.2004)

1 Sono individuati a tal fine, ad esempio: il capo reparto, capo ufficio, capo squadra, capo turno o comunque il "preposto" (ex art. 19 TU).