

*Allegato – C (contratto lavoro subordinato CCN Lavoro Domestico)*

L'anno 2020 il giorno 1 del mese di Gennaio 2020

TRA

Il Sig. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_, titolare del finanziamento di € \_\_\_\_\_ (importo per n°4 mesi Periodo **GENNAIO/APRILE 2020**), per l'attuazione del Piano Individualizzato di Sostegno a favore di persona con handicap grave (Legge 21 maggio 1998 n° 162 ) **Programma 2019 da attuarsi nel 2020 (Gennaio/Aprile 2020) Assistenza Indiretta.**

**OVVERO TRA**

Il Sig. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ in qualità di

- incaricato della tutela
- titolare della potestà genitoriale
- amministratore di sostegno
- familiare di riferimento del disabile Sig. \_\_\_\_\_

titolare del finanziamento di € \_\_\_\_\_ per l'attuazione del Piano Individualizzato di Sostegno a favore di persona con handicap grave (Legge 21 maggio 1998 n° 162 ). **Programma 2019 da attuarsi nel 2020 (GENNAIO/APRILE 2020) Assistenza Indiretta.**

**E**

Il Sig. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ ( lavoratore)

Premesso che in ottemperanza alle disposizioni della RAS, non è consentita l'assunzione di parenti conviventi o persone tenute per legge all'obbligo dell'assistenza (coniuge, figli legittimi, legittimati, naturali o adottivi, i discendenti prossimi, i genitori, gli ascendenti prossimi, i generi e le nuore, i suoceri, i fratelli e sorelle germani ed unilaterali);

**SI DICHIARA** che il lavoratore indicato nel presente contratto non rientra nelle categorie sopra elencate.

**SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE**

Il/la Sig. \_\_\_\_\_ in possesso della qualifica di \_\_\_\_\_

**È STATA ASSUNTA DAL** \_\_\_\_\_ **Denuncia INPS prot. n°** \_\_\_\_\_ **a tempo indeterminato**

**Il piano personalizzato della Ras avrà durata dal 01/01/2020 al 30/04/2020**

accetta l'incarico per assicurare al titolare del progetto l'intervento di \_\_\_\_\_ previsto nel piano individualizzato di sostegno a favore di persona con handicap grave finanziato dalla RAS ai sensi della L.162/98 .

Al lavoratore è applicato il contratto collettivo nazionale del settore del lavoro domestico attualmente in vigore.

Il livello di inquadramento è \_\_\_\_\_ e l'assunzione è fatta a decorrere dal \_\_\_\_\_ sino al \_\_\_\_\_, per n° \_\_\_\_\_ ore settimanali.

La retribuzione oraria pattuita, comprensiva di rateo di tredicesima, trattamento fine rapporto e contributi previdenziali **INPS**, a carico sia del lavoratore sia del datore di lavoro, è di € \_\_\_\_\_ .  
Il pagamento del compenso pattuito avverrà ogni fine mese dietro rilascio di idoneo documento di quietanza.

**Il datore di lavoro si obbliga** a versare i contributi previdenziali dovuti sulla base della normativa vigente.

**Il periodo di godimento delle ferie** spettanti al lavoratore sarà concordato compatibilmente con le esigenze di entrambe le parti.

**Il lavoratore s'impegna** ad assicurare l'esecuzione degli interventi previsti nel piano approvato dalla Regione.

Il datore di lavoro potrà risolvere anticipatamente il contratto qualora non si realizzi compiutamente l'obiettivo specifico previsto nel programma approvato, ovvero il lavoratore si manifesti persona non adeguata e preparata a svolgere le mansioni affidategli.

**Il Datore di lavoro**

**Il Lavoratore**

\_\_\_\_\_

(firma chiara e leggibile)

Putifigari \_\_\_\_\_

**si allega copia**

**\* fotocopia carta d'identità del datore di lavoro (titolare del finanziamento)**

**\* fotocopia carta d'identità del lavoratore**