Allegato – C

CONTRATTO – CCNL (8 settembre 2020)
PER PRESTAZIONI DI LAVORO DOMESTICO
CON VALIDITA' DAL 01.01.2022 AL 30.04.2022

GESTIONE PIANO PERSONALIZZATO DI SOSTEGNO A FAVORE DI PERSONA CON HANDICAP GRAVE (LEGGE 21 MAGGIO 1998 N° 162)PROGRAMMA 2021 DA ATTUARSI NEL 2022 - PROROGA GENNAIO/APRILE 2022

L'anno 2022 il giorno 1 GENNAIO 2022

IL BENEFICIARIO:

Il/La sottoscritto/a_____nato/a a_____
il ___/___/____/residente a Putifigari, in Via/P.zza _____n. ____
Codice fiscale :

destinatario del piano personalizzato **ai sensi della LEGGE 21 MAGGIO 1998 N° 162,** avendo ottenuto dal Comune di Putifigari, un contributo di **PROROGA GENNAIO/APRILE 2022,** per l'attuazione del Piano Individualizzato di Sostegno a favore di persona con handicap grave, pari ad €_____
(importo mensile riconosciuto nel **2021 x 4 mesi)** .

OVVERO TRA

Il/la Sig./ra_____nato/a a _____
residente a _____in via _____
Codice fiscale :

in qualità di
☐ incaricato della tutela
☐ titolare della potestà genitoriale
☐ amministratore di sostegno
☐ familiare di riferimento del disabile Sig._____
titolare del piano personalizzato **ai sensi della LEGGE 21 MAGGIO 1998 N° 162,** avendo ottenuto dal Comune di Putifigari, un contributo di **PROROGA GENNAIO/APRILE 2022,** per l'attuazione del Piano Individualizzato di Sostegno a favore di persona con handicap grave, pari ad €_____
(importo mensile riconosciuto nel **2021 x 4 mesi)**

E

Il/la Sig./ra_____nato/a a _____
residente a _____in via _____
Codice fiscale :

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./ra_____ in possesso della qualifica di _____**È STATA ASSUNTA DAL**_____

DENUNCIA INPS : prot. n°_____a tempo indeterminato

Il piano personalizzato della Ras avrà durata dal DAL 01.01.2022 AL 30.04.2022 (proroga)

ACCETTA

l'incarico per assicurare al titolare del progetto l'intervento di assistenza domiciliare come 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) **(*Firma)***

Putifigari li_____

N.B. Allegare fotocopia carta d'identità del datore di lavoro (titolare del finanziamento) e fotocopia carta d'identità del lavoratore