

*Allegato - C*

**CONTRATTO – CCNL  
PER PRESTAZIONI DI LAVORO DOMESTICO  
CON VALIDITA' DAL 01.01.2024 AL 30.04.2024**

**GESTIONE PIANO PERSONALIZZATO DI SOSTEGNO A FAVORE DI PERSONA CON  
HANDICAP GRAVE (LEGGE 21 MAGGIO 1998 N° 162)  
PROGRAMMA 2023 DA ATTUARSI NEL 2024  
PROROGA GENNAIO/APRILE 2024**

L'anno 2024 il giorno 1 GENNAIO 2024

**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 2024**, per l'attuazione del Piano Individualizzato di Sostegno a favore di persona con handicap grave, pari ad € \_\_\_\_\_ (importo mensile riconosciuto nel **2023 x 4 mesi**).

**OVVERO TRA**

Il/la Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
Codice fiscale :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

in qualità di

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 2024**, per l'attuazione del Piano Individualizzato di Sostegno a favore di persona con handicap grave, pari ad € \_\_\_\_\_ (importo mensile riconosciuto nel **2023 x 4 mesi**)

**Oppure**

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

**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 01.01.2024 AL 30.04.2024 (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**