

Ore maggiorate		Incidenza		Note
% applicate (4):	Descrizione (5):	su TFR	su mensilità aggiuntiva	

(4): Indicare la percentuale applicata. (5): Inserire la descrizione del tipo di maggiorazione (festivo, notturno, turno diurno, turno notturno, turno notturno festivo, ecc.); Inserire le condizioni di applicazione (per es.: "dalla 41.a alla 44.a ora settimanale").

Motivo del ricorso alla somministrazione di lavoro a tempo determinato:

Art. 20, c.4, D. Lgs. 276/03 - Ragioni di carattere tecnico, produttivo, organizzativo o sostitutivo

(si prega di specificare nel dettaglio):

N° lavoratori richiesti:..... Periodo: Data inizio..... Data fine

Indirizzo del luogo di lavoro:.....

Giorni e orario di lavoro

Giorni: Lunedì Martedì Mercoledì Giovedì Venerdì Sabato Domenica

Orario: Dalle:..... Alle:.....

Orario turni: 1° turno:..... 2° turno:..... 3° turno:..... Ciclo continuo:.....

Note:

Percentuale part-time:..... Giorno e mese del Santo Patrono:

Riferimenti per contratto

Nome

Cognome

Persona che firmerà il contratto:

Persona preposta alla firma dei bollettini:

Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione:

Incaricato alla formazione ed informazione:

Dati per la fatturazione

Luogo di invio fattura (se differente dalla Sede Legale):

Persona di riferimento per l'invio fatture: Tel.: e-mail:.....

Rid Ri.Ba. Coordinate Iban: Country Code..... Check Digit

CIN ABI CAB Numero Conto

L'Utilizzatore dichiara che, in relazione alla richiesta di somministrazione, non sussistono i divieti previsti dell'art. 20, comma 5, D.Lgs. 276/03.

Data: 05/02/2014

ASSOCIAZIONE NAZIONALE CRISTIANI ITALIANI
 Per contratto
 Via Don Taz...
 Tel. 0532.20...
 Timbro e firma Utilizzatore