

62010 MONTECASSIANO (MC) - Via Nazionale, 34/L
Tel.: 0733 290939 - Fax: 0733 599332
www.lavorint.it - macerata@lavorint.it

RICHIESTA DI PERSONALE

DATI AZIENDA UTILIZZATRICE

Ragione sociale: _____
P. IVA: _____ C.F.: _____
Sede amm.va: Città _____ CAP _____ Indirizzo _____
Sede legale: Città _____ CAP _____ Indirizzo _____
Tel: _____ FAX _____ e-mail _____
Attività aziendale _____ Cod. Ateco _____ n. dipendenti _____
Banca e coordinate bancarie _____

REFERENTI AZIENDALI

Richiedente: _____ Funzione _____ Tel _____
Responsabile Sicurezza: _____ Legale Rappresentante: _____
In azienda presentarsi a _____

PROFILO RICHIESTO

Mansione: _____ Numero: _____
Periodo: dal _____ al _____ Ore settimanali: _____ Orario di lavoro: da lunedì a _____
☐ Full Time dalle _____ alle _____ e dalle _____ alle _____ ☐ Part time dalle _____ alle _____
☐ Turni ☐ diurni dalle _____ alle _____ ☐ notturni dalle _____ alle _____ ☐ festivi dalle _____ alle _____
Chiusure ferie: dal _____ al _____ Santo Patrono _____
Sede di lavoro: _____ Raggiungibile con _____

Si richiede: ☐ Invio diretto con diritto alla franchigia ☐ invio curricula tra cui scegliere
☐ colloquio preventivo con i candidati

CONDIZIONI CONTRATTUALI

CCNL applicato: _____ Accordi integrativi ☐ Sì ☐ NO
Qualifica: _____ Livello: _____ Div. Orario: _____ Div. Giorn. _____
Ore ROL annuali _____ Ore Ferie annuali _____ Ore ex festività annuali _____
Mensilità aggiuntive:
☐ tredicesima
☐ quattordicesima
☐ altre mensilità (specificare quali _____)

Descrizione	Importo mensile	Incidenza sugli elementi differiti
Minimo salariale		SI
Contingenza		SI
Edr		☐ SI ☐ NO
Superminimo		SI
Premio di produzione		☐ SI ☐ NO
Premio di risultato		☐ SI ☐ NO
Indennità		☐ SI ☐ NO
Terzo elemento		SI
Elementi prov/ reg		☐ SI ☐ NO
Premio presenza		☐ SI ☐ NO
Retribuzione pause		☐ SI ☐ NO
Scatti di anzianità		SI

Descrizione maggiorazioni	Percentuale
Straordinario	
Straordinario	
Straordinario	
Straordinario	
Turno	
Turno	
Turno	

Retribuzione lorda mensile: ☐ Base ☐ Condizioni migliorative (superminimo, premi, indennità mensa, straordinari, maggiorazioni, altro) , nel dettaglio _____

Mensa aziendale: ☐ Sì ☐ NO; Contributo € _____; Ticket: ☐ NO ☐ Sì importo € _____

Visita medica preventiva: ☐ Sì ☐ NO Dotazioni antinfortunistiche ☐ NO ☐ Sì _____

INAIL posizione azienda n.: _____ Classificazione _____ Tasso _____

Organigramma: risponde a _____ Ufficio/Reparto _____

CARATTERISTICHE DELLA SOMMINISTRAZIONE

☐ somministrazione a tempo indeterminato (art. 31, comma 1 del D.lgs. n. 81/2015)

☐ somministrazione a tempo determinato "ordinaria" (art. 31, comma 2, primo periodo del D.lgs. n. 81/2015).

☐ Sostitutivo: malattia - in sostituzione di _____

☐ Sostitutivo: maternità (aziende -20 dipendenti) in sostituzione di _____

☐ Sostitutivo: maternità - in sostituzione di _____

☐ Sostitutivo: infortunio - in sostituzione di _____

☐ Sostitutivo: aspettativa - in sostituzione di _____

☐ Sostitutivo: ferie - in sostituzione di _____

☐ Sostitutivo: *da specificare* _____

☐ Assunzione ai sensi dell'art.8,c. 2, L.23/7/91 n. 223 e dell'art. 31 c. 2 D.Lgs. n. 81/2015 (mobilità)

☐ Assunzione ai sensi dell'art. 31 c. 2 D.Lgs. n. 81/2015 in riferimento al reg. UE n. 651/2014 (lavoratori "svantaggiati" o "molto svantaggiati")

Se lo spazio non fosse sufficiente siete pregati di integrare la descrizione su foglio separato o a mezzo e-mail

LAVORINT TRAINING:

EVENTUALI ESIGENZE FORMATIVE AZIENDALI

☐ RSPP ☐ Primo Soccorso ☐ Addetto Antincendio ☐ Altre _____

FONDO INTERPROFESSIONALE CUI SI ADERISCE

☐ Fondimpresa ☐ For.Te ☐ Fondo FAPI ☐ Fon.Ter ☐ Fon.Dir ☐ Nessuno ☐ Altro _____

Il presente prospetto costituisce richiesta di preventivo senza impegno.

Data, _____

Timbro e Firma _____