

DATI AZIENDA CLIENTE

Ragione Sociale _____

P.IVA _____ Cod. Fiscale _____

Indirizzo Sede Legale _____ Numero Dipendenti _____

Indirizzo Luogo di Lavoro _____ Cod. Ateco _____

Rappresentante Legale _____ Responsabile per la Sicurezza _____

Referente Amministrativo _____ Numero di Tel. Diretto _____

Numero di Telefono _____ Numero di FAX _____ E-mail _____

Numero di Lav. Richiesti _____ Durata Contratto _____ Note _____

ORARIO DI LAVORO

Giorni lavorativi

☐ Lunedì ☐ Martedì ☐ Mercoledì ☐ Giovedì ☐ Venerdì ☐ Sabato ☐ Domenica

Festività Santo Patrono _____

Orario

dalle _____ dalle _____ dalle _____ dalle _____ dalle _____ dalle _____ dalle _____

Tot. Ore Settimanali Svolte _____

Giornaliero

dalle _____ alle _____ alle _____ alle _____ alle _____ alle _____ alle _____

% Part-Time _____

Orario Turni

☐ 1° Turno ☐ 2° Turno ☐ 3° Turno ☐ Ciclo Continuo

CASI DI ESONERO DISCIPLINA ORARI DI LAVORO

Riposo Giornaliero ☐ No ☐ Si in caso di risposta affermativa, indicare mansione e riferimenti normativi e/o contrattuali: _____

Riposo Settimanale ☐ No ☐ Si in caso di risposta affermativa, indicare mansione e riferimenti normativi e/o contrattuali: _____

ELEMENTI DELLA RETRIBUZIONE ☐ Come da CCNL ☐ Contratto 2° Livello

CCNL applicato _____ Su ☐ 5 gg ☐ 6 gg

Numero Ore Settimanali _____ Divisore Orario CCNL _____ Numero GG di Ferie _____ Numero Ore ROL _____ Numero Ore Ex-Fest _____

Livello _____ Tasso INAIL Applicato _____ Numero Pos INAIL _____ Codice Tariffa _____

Numero Mensilità _____ Qualifica _____ Mansione _____

Elementi diretti		Integrativi aziendali					
Descrizione	Importo mensile	Descrizione	Importo mensile	Incidenza elemento su			
				TFR	13°	14°	Stra
Minimo tabellare		Premio di produzione					
Contingenza							
E.D.R.							

Elementi retributivi indiretti ed altre indennità						Fatt. a parte		Incidenza elemento su			
Descrizione Elemento	Valore	Orario	Giorn.	Mensile	Annuale	Valore	Si/No	TFR	13°	14°	Stra
Premio presenza											

Gestione altri elementi	Valore	A carico dell'Azienda	Nel caso venisse gestito da Gi Group	
			Valore	Note per la Fatturazione
Visita medica				
Indumenti lavoro				
Trattenuta mensa				

Straordinari		Come da CCNL	Maggiorazioni		Come da CCNL
Descrizione	%	Note	Descrizione	%	Note
Dalla 1° ora alla			Turno Diurno		
Successive			Turno Notturno		
Notturno			Sabato e Festivi		
Sabato e festivi					

Modalità di gestione delle presenze dei lavoratori somministrati

L'Azienda è disponibile a inviare un report con le causali del cartellino?	☐ Sì ☐ No
L'Azienda utilizza Zucchetti Presenze Web o Project?	☐ Sì ☐ No
L'Azienda è disponibile a installare una timbratrice Gi Group per consentire ai somministrati di timbrare?	☐ Sì ☐ No
L'Azienda è disponibile a inviare un pdf con i cartellini dei somministrati?	☐ Sì ☐ No
I somministrati potranno timbrare sui terminali dei dipendenti diretti?	☐ Sì ☐ No
I somministrati dovranno utilizzare un timesheet cartaceo?	☐ Sì ☐ No

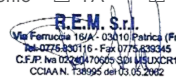
DATI PER LA FATTURAZIONE

Modalità di pagamento _____	
La fattura sarà inviata a _____	Banca _____
Indirizzo _____	Città _____ c/c n° _____
ABI _____ CAB _____	CIN _____ IBAN _____

L'azienda cliente, edotta del fatto che le informazioni comunicate nella presente scheda saranno utilizzate da Gi Group Spa allo scopo di riconoscere ai lavoratori somministrati un trattamento economico non inferiore a quello dei propri dipendenti di pari livello a parità di mansioni svolte, ai fini degli articoli n° 21 comma 1 lett. j) e n° 23 comma 1, del D.Lgs 276/03, dichiara di aver indicato tutti gli elementi utili a determinare il corretto trattamento economico e normativo applicabile.

L'azienda cliente si impegna a confermare la validità, correttezza e completezza dei dati qui comunicati anteriormente alla stipula di ciascun contratto di somministrazione con Gi Group Spa e a comunicare qualsiasi variazione dovesse successivamente intervenire.

Codice destinatario cliente (o Codice Identificativo Univoco) _____	Tipo cliente ☐ PA ☐ Non PA
PEC _____	
Soggetto al regime dei minimi/forfettario ☐ Sì ☐ No	
Iscrizione sito Agenzia Entrate ☐ Sì ☐ No	



DATA _____	FIRMA E TIMBRO AZIENDALE _____
------------	--------------------------------