

Al lavoratore

PARISI FRANCESCO

nato a **Bari**

residente in

il **19/05/1964**

Codice fiscale **PRSFNC64E19A662F**

LETTERA DI ASSUNZIONE

Il Consiglio Direttivo di quest'Ordine, con delibera del 10.11.2017, ratificata nella seduta del 31.01.2018, ha disposto la sua assunzione in servizio con decorrenza dal giorno **05/02/2018**.

L'assunzione si intende a tempo indeterminato ed è subordinata ad un periodo di prova della durata di **sessanta giorni** durante il quale ciascuna delle parti sarà libera di risolvere immediatamente il rapporto senza alcun obbligo di preavviso, ma con il pagamento della retribuzione e delle eventuali competenze accessorie corrispondenti al lavoro prestato. Ella sarà inquadrata con la qualifica di **Impiegato** nel livello **B1** previsto nel contratto collettivo di lavoro per il settore **Enti Pubblici non Economici**.

Le sue mansioni saranno le seguenti **Operatore di Amministrazione** con facoltà da parte dell'azienda di successiva assegnazione a mansioni diverse riconducibili allo stesso livello e categoria legale di inquadramento.

La sede di lavoro sarà in **Trani**, presso gli uffici amministrativi alla **VIA OGNISSANTI 5**.

Ella si dichiara fin da ora disponibile per eventuali missioni e trasferte che si rendessero necessarie per lo svolgimento delle mansioni assegnate.

L'orario di lavoro sarà il seguente:

	lunedì	martedì	mercoledì	giovedì	venerdì	sabato	domenica
Ore:	6,40	8,00	6,40	8,00	6,40		
da / a:	8.00/14.40	08.00/14.00	8.00/14.40	8.00/14.00	8.00/14.40		
da / a:		15.00/17.00		15.00/17.00			

Potrà essere modificato, per esigenze aziendali, rimanendo contenuto nel limite di **36** ore settimanali, con un massimo di **8** ore giornaliere e le potrà essere richiesto di svolgere lavoro straordinario come previsto dalle norme di legge e del CCNL.

Il trattamento economico lordo sarà quello stabilito dal CCNL e risulterà come segue:

Retr. tabellare	1.518,21000	Scatti anzianità	Altro elemento
Altro elemento		Scatti congel.	Altro elemento
Ind. di Ente	154,14000	E.D.R.	Superm.assorb.
Altro elemento		Superminimo	I.V.C.
Altro elemento		Elem.aziendale	11,39000
			TOTALE
			1.683,74000

Nello svolgimento della Sua attività lavorativa, che dovrà essere da Lei prestata con la massima diligenza e nel più rigoroso rispetto dell'obbligo di fedeltà, Lei è tenuto in particolare alla scrupolosa osservanza delle direttive impartiteLe, delle procedure aziendali ed a mantenere il più stretto riserbo sulle notizie e/o dati concernenti l'attività della nostra azienda. È tenuto altresì alla scrupolosa osservanza delle norme di legge sulla prevenzione infortuni nonché di tutte le disposizioni emanate in materia dalla scrivente.

In particolare per ciò che riguarda la durata delle ferie retribuite, la durata del termine di preavviso e per quanto non espressamente previsto nella presente lettera rinviamo alle vigenti norme ed al CCNL del settore **Enti Pubblici non Economici**.

Inoltre, dovrà attenersi ai regolamenti, disposizioni interne, usi dell'azienda i quali si intendono da Lei conosciuti ed accettati qualora non abbia avanzato eccezioni per iscritto entro la scadenza del periodo di prova.

Il suo indirizzo di domicilio, *via ...*, sarà utilizzato per tutte le comunicazioni relative al presente contratto. Voglia comunicarci, repentinamente, ogni eventuale mutamento di tale condizione.

In segno di ricevuta e di accettazione di tutte le condizioni sopra espresse, voglia restituirci sottoscritta copia della presente.

Distinti saluti.

Data **03.02.2018**

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI

E DEGLI ODONTOIATRI - BAT

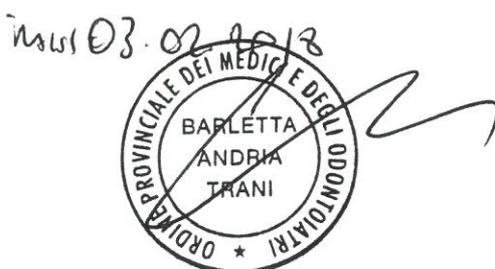
Via Ognessanti 5 - 76125 Trani (BT)

C.F. 93367020729

Gene Parisi

Firma del lavoratore

Per ricevuta ed accettazione



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI ED ODONTOIATRI - BAT
VIA OGNISSANTI 5 76125 Trani (B)
C.F. 93367020729

Al lavoratore

PARISI FRANCESCO

ALLEGATO 2

Modulo contenente le informazioni da fornire al personale dipendente, all'atto della prima assunzione dalla data del 1° gennaio 2007, sulla destinazione del Tfr maturando, ai sensi e per gli effetti dell'art.8, comma 8, del decreto legislativo n.252/2005.

Ai sensi dell'art.8, comma 7, del decreto legislativo 5 dicembre 2005, n.252, entro sei mesi dalla data del **05/02/2018**, Lei dovrà decidere la destinazione del suo Tfr maturando.

In caso di scelta esplicita, Lei dovrà decidere se conferire il Tfr maturando ad una forma di previdenza complementare ovvero se mantenere il Tfr maturando presso l'azienda. In quest'ultimo caso tale scelta potrà essere successivamente revocata e Lei potrà conferire il Tfr maturando ad una forma pensionistica complementare. A tale scopo le viene consegnato, unitamente alla presente, il modello TFR 2, con il quale potrà esprimere la suddetta scelta entro sei mesi dalla data di assunzione.

Nel caso in cui, nel predetto periodo, Lei non esprima nessuna volontà, a decorrere dal mese successivo alla scadenza dei sei mesi previsti, provvederemo a trasferire il Tfr maturando:

- alla forma pensionistica collettiva prevista dagli accordi o contratti collettivi, anche territoriali, salvo sia intervenuto un diverso accordo aziendale;
- in caso di presenza di più forme pensionistiche alle quali l'azienda abbia aderito, il Tfr maturando è trasferito, salvo diverso accordo aziendale, a quella alla quale abbia aderito il maggior numero di lavoratori dell'azienda;
- in caso di mancato accordo tra le parti ed in assenza di una forma pensionistica complementare collettiva prevista da accordi o contratti collettivi della quale i lavoratori siano destinatari, il Tfr viene trasferito alla forma pensionistica complementare istituita presso l'Inps.

SI DECIDE DI MANTENERE IL MATURANDO TFR PRESSO L'ENTE ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI ED ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA – BAT. NON SI OPTA PER NESSUNA PREVIDENZA COMPLEMENTARE.

Data **03/02/2018**

Il datore di lavoro

**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
 E DEGLI ODONTOIATRI - BAT**
 Via OgniSSanti, 5 76125 Trani (BT)
 C.F. 93367020729

Il sottoscritto **PARISI FRANCESCO** dichiara di aver ricevuto in data **03/02/2018** il presente modulo contenente informazioni sulle diverse scelte disponibili sul conferimento del Tfr maturando, ai sensi del D.Lgs. n.252/2005.

Firma del lavoratore

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il sottoscritto
nato a
residente in
alle dipendenze dell'Ente

PARISI FRANCESCO

Bari

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI ED ODONTOIATRI - BAT

codice fiscale
il

PRSFNC64E19A662F

19/05/1964

dal 05/02/2018

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e assumendosene tutte le relative conseguenze

Recapiti

Telefono fisso

E-mail

Fax

Cellulare

Data del primo rapporto di lavoro

- di essere stato iscritto per la prima volta a previdenza obbligatoria in data precedente al 1/1/1996;
- di essere stato iscritto per la prima volta a previdenza obbligatoria nel periodo compreso tra l' 1/1/1996 e il 31/12/2006;
- di essere stato iscritto per la prima volta a previdenza obbligatoria in data _____ (successiva al 31/12/2006),
ovvero di venire iscritto per la prima volta con l'instaurazione del presente rapporto di lavoro.

Destinazione del T.F.R. alla Previdenza Complementare

- di avere già effettuato una scelta durante un precedente rapporto di lavoro e pertanto allego:
- a) una copia del modulo TFR1 e/o TFR2 già compilati in precedenza.
 - b) una copia del modulo di adesione alla previdenza complementare.

N.B.: nel caso siano barrate sia la presente casella che quella precedente relativa al primo rapporto di lavoro in data successiva al 31/12/2006, il lavoratore deve comunicare, nelle righe sottostanti, ai fini dell'applicazione della corretta deducibilità fiscale per i 20 anni successivi ai primi 5 dall'iscrizione al Fondo pensione:

- l'importo dei contributi complessivamente versati alla previdenza complementare nei primi 5 anni:

- l'importo dell'eventuale deduzione non utilizzata dal 6° anno (e utilizzabile quindi fino al 25° anno):

Pensionato (per i pensionati, barrare una delle tre caselle)

- di essere pensionato di vecchiaia.
- di essere pensionato per raggiunta anzianità contributiva.
- di essere pensionato di invalidità.

e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni della situazione dichiarata.

Data 03/02/2018

Firma del dichiarante



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI ED ODONTOIATRI - BAT
VIA OGNISSANTI 5
76125 Trani (BT)
93367020729

Al lavoratore:
PARISI FRANCESCO

Oggetto: INFORMATIVA ai sensi dell'art.13 D.LGS. 196/2003 (codice della privacy)

Il sottoscritto datore di lavoro, in qualità di titolare del trattamento dei dati, ai sensi di quanto previsto dal D.LGS. 196/2003 La informa con la presente che i dati personali da Lei forniti allo scrivente, relativi alla Sua persona ed ai Suoi Familiari, ovvero altrimenti acquisiti dal medesimo, inerenti al Suo rapporto di lavoro potranno formare oggetto di trattamento, nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza. Ai fini dell'indicato trattamento si informa che si potrà venire a conoscenza di dati definiti "sensibili" ai sensi dell'art.4, comma 1, lettera d) del D.Lgs.196/2003.

Finalità del trattamento

I Suoi dati personali e degli eventuali Suoi familiari verranno trattati per le finalità della gestione del Suo rapporto di lavoro in tutti i suoi aspetti contrattuali, di collocamento, di formazione, retributivi, previdenziali, assicurativi, fiscali, contabili, di assistenza, in materia di igiene e sicurezza del lavoro, e per gli altri compiti che la normativa ed i contratti di lavoro affidano al datore di lavoro.

Modalità del trattamento

Il trattamento dei dati personali sarà svolto in forma manuale, mediante strumenti manuali, informatici e telematici, comunque ad opera di soggetti di ciò appositamente incaricati.

Tutti i dati saranno conservati anche dopo la cessazione del rapporto di lavoro, per l'espletamento di tutti gli adempimenti connessi o derivati dal rapporto stesso.

Ambito di comunicazione e diffusione

I Suoi dati, oggetto del trattamento, potranno essere comunicati a terzi, per obbligo o perché ritenuti idonei a supportare lo scrivente nell'espletamento degli obblighi imposti dalla normativa o dal rapporto contrattuale, quali ad esempio, professionisti, istituti previdenziali, assistenziali ed assicurativi, assicurazioni, enti bilaterali e di formazione, associazioni di categoria, uffici tributari e del lavoro, strutture sanitarie, istituti di credito, organi di pubblica sicurezza, altri soggetti pubblici.

I dati necessari per l'elaborazione del suo prospetto paga e la gestione del suo rapporto di lavoro, saranno gestiti dallo Studio

Studio Assi

I dati non saranno, invece, diffusi a soggetti indeterminati.

Natura del conferimento

La comunicazione dei dati ha natura obbligatoria, in quanto necessaria per l'assolvimento di obblighi contrattuali, di collocamento, di formazione, retributivi, previdenziali, assicurativi, fiscali, contabili, di assistenza, in materia di igiene e sicurezza del lavoro e di altri obblighi previsti dalla normativa dai contratti di lavoro.

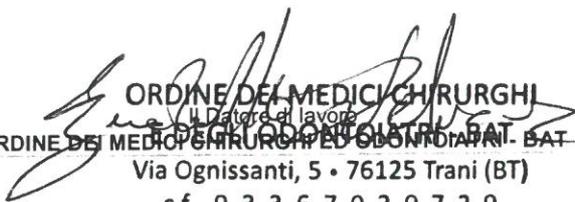
Il Suo rifiuto a fornire tali dati, o la Sua errata comunicazione di una delle informazioni obbligatorie, comporta pertanto l'oggettiva impossibilità per lo scrivente di osservare tali obblighi e la possibile mancata corrispondenza dei risultati del trattamento stesso agli obblighi imposti dalla normativa.

Diritto di accesso: la informiamo che Lei gode dei diritti previsti dagli artt. 7, 8, 9, 10 del D.LGS. 196/2003.

Titolare del trattamento è:

Responsabile del trattamento è:

Distinti saluti.


ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
Il Datore di lavoro
ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI ED ODONTOIATRI - BAT
Via Ognissanti, 5 • 76125 Trani (BT)
c.f. 9 3 3 6 7 0 2 0 7 2 9

Data **03/02/2018**

Il sottoscritto, con la firma apposta in calce alla presente, attesta il proprio espresso libero consenso affinché il titolare proceda ai trattamenti dei propri dati personali come specificati nella presente informativa. Estende il proprio espresso libero consenso anche al trattamento dei dati personali cosiddetti "sensibili" nei limiti e per le finalità previste nell'informativa e nel rispetto di ogni altra condizione imposta dalla legge.

In fede


Firma del Lavoratore

**COMUNICAZIONE IN ORDINE ALLA FORMA PENSIONISTICA COMPLEMENTARE
ALLA QUALE CONFERIRE IL TRATTAMENTO DI FINE RAPPORTO**

Il sottoscritto
nato a
Codice Fiscale
dipendente dell' Ente

PARISI FRANCESCO
Bari BA
PRSFNC64E19A662F
ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI ED ODONTOIATRI - BAT

il 19/05/1964

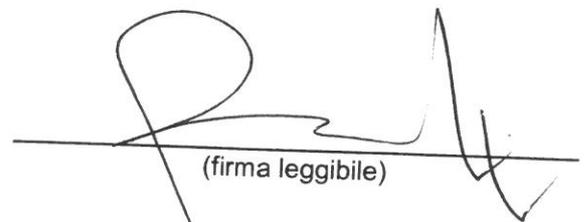
DISPONE

che il proprio trattamento di fine rapporto venga integralmente conferito, a decorrere dalla data di assunzione, presso il suo datore di lavoro l'Ente Pubblico non Economico ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI ED ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA - BAT.

Non si opta per nessuna previdenza complementare.

Allega: copia del modulo di adesione.

Data 03/02/2018


(firma leggibile)

In caso di mancata comunicazione e consegna del presente modulo entro sei mesi dalla data di assunzione, il trattamento di fine rapporto che maturerà dal mese successivo alla scadenza di tale termine, verrà destinato integralmente alla forma pensionistica complementare individuata ai sensi dell'art.8, comma 7, lett.b) del decreto legislativo n. 252/2005.

¹ I lavoratori che già versavano una quota di TFR in base alla scelta effettuata in costanza di precedenti rapporti di lavoro, possono scegliere di conferire il proprio TFR alla forma prescelta nella misura fissata dagli accordi o contratti collettivi vigenti in relazione al nuovo rapporto di lavoro ovvero, qualora detti accordi non prevedano il versamento del TFR, in misura non inferiore al 50%, con possibilità di incrementi successivi (scelta riservata ai soli lavoratori di prima iscrizione alla previdenza obbligatoria in data anteriore al 29 aprile 1993).

² Per i lavoratori occupati presso datori di lavoro che abbiano alle proprie dipendenze almeno 50 addetti, il TFR residuo viene versato al Fondo istituito presso la Tesoreria dello Stato e gestito dall'INPS che assicura le stesse prestazioni previste dall'art.2120 del codice civile.

