

SI PREGA DI COMPILARE IL MODULO IN OGNI SUA PARTE, ED INVIARE a incarichi@coopfrassati.com **ALMENO 5 GIORNI** PRIMA DELL'INIZIO DELL'INCARICO, ALLEGANDO I DOCUMENTI COMPLETI DEL COLLABORATORE/ PROFESSIONISTA (CARTA D'IDENTITA', CODICE FISCALE E CV).

LE RICHIESTE INVIATE OLTRE IL TERMINE SOPRA INDICATO NON POTRANNO ESSERE EVASE.

NOME DITTA o COGNOME E NOME collaboratore			
CONTATTI	Residenza		
	Telefono		
	E-mail		
Il collaboratore/la ditta ha partita IVA?		Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
TIPOLOGIA DELL'OPERA O DEL SERVIZIO (descrivere con minuzia l'attività prestata con possibili accenni all'autonomia di gestione)			
SEDE o SEDI in cui sarà svolto l'incarico			
EVENTUALI ULTERIORI RISCHI RISPETTO A QUELLI INDICATI NEI PRECEDENTI DUVRI E/O INFORMATIVE SUI RISCHI.		<p>Nelle sedi in cui sarà svolto l'incarico sono presenti in questo periodo situazioni di pericolo differenti rispetto a quelli di norma presenti (p.e. ristrutturazione in corso, nuove attività, nuove mansioni....)?</p> <p style="text-align: right;">Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Se Sì specificare</p> <hr/> <p>In caso di risposta affermativa inviare il Modulo anche all'Ufficio sicurezza per definire documentazione e misure necessarie.</p> <hr/> <p>Sono di conseguenza necessarie specifiche misure di prevenzione e protezione da adottare?</p> <p style="text-align: right;">Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Se Sì specificare</p> <hr/>	
Per quanto riguarda i Dispositivi di Protezione Individuale		<input type="checkbox"/> sono a carico della Cooperativa P.G. Frassati s.c.s. onlus <input type="checkbox"/> sono a carico della Ditta o del Collaboratore <input type="checkbox"/> l'incarico e/o l'attività svolta non prevede l'utilizzo di DPI	
DURATA INCARICO	Data inizio		
	Data fine		
IMPEGNO (indicare le ore definite per la prestazione <u>preferibilmente</u> con indicatore mensile o annuale)			



COMPENSO ORARIO CONCORDATO	
ULTERIORI RICONOSCIMENTI	
CONDIZIONI PAGAMENTO (specificare solo nel caso in cui siano stati presi accordi specifici).	
IBAN	
SERVIZIO (Centro di Costo)	
NOME DEL RESPONSABILE che richiede l'attivazione (e firma in caso di consegna a mano)	