**Egr. Sig. / Gent.ma Sig.ra**

 **Franzò Lucilio**

 Settimo T.se, lì

Codice Corso: **ORG-1-2023**

**OGGETTO: Conferimento incarico di collaborazione professionale**

 Facendo seguito ai colloqui intercorsi, con la presente si conferisce alla S.V. l'incarico di collaborazione,come di seguito specificato, per il seguente corso di formazione professionale:

**Titolo Corso:Tolleranze geometriche, corso prova**

 **[attivita.ore] – Attività:[attivita.ruolo] - € [costoorario]/ora**

 L'incarico di cui sopra dovrà essere svolto secondo il calendario e gli impegni concordati con l'Ente come precedentemente esposto a partire dale potrà subire variazioni dettate da esigenze organizzative.

Inoltre si precisa che la collaborazione richiede l’esecuzione di attività che possono essere preliminari, in itinere e/o successive a quelle strettamente legate all’incarico. Il sotto riportato compenso include pertanto le predette attività oltre a quelle accessorie che eventualmente potranno rendersi necessarie, quali, a titolo esemplificativo, la partecipazione a riunioni organizzative e/o di coordinamento.

 Per la collaborazione di che trattasi, Le verrà corrisposto un compenso orario secondo quanto sopra riportatoomnicomprensivo dell’IVA e, se dovute, di eventuali ritenute di acconto e/o oneri assicurativi e/o previdenziali derivanti dall’iscrizione ad albi professionali e/o a casse previdenziali, che Le sarà corrisposto con dal ricevimento fattura a fine corso.

Il sopra riportato compenso include, ove previsto, le attività quali l’elaborazione e controllo del materiale didattico / orientativo, la correzione delle prove / test di verifica.

 L'Ente gestore potrà effettuare, attraverso i propri collaboratori e fiduciari, controlli atti a valutare il corretto svolgimento delle attività assegnate con il presente incarico e dare indicazioni circa eventuali opportune modifiche

migliorative dell'attività stessa.

 Essendo l'incarico svolto al di fuori del lavoro subordinato, oltre al compenso sopra esposto non verrà corrisposto altro trattamento accessorio, sia economico che previdenziale ed assistenziale, né spettano all'incaricato ferie, gratifiche e/o premi di fine lavoro**.**

 Il presente incariconon costituisce pertanto instaurazione di rapporto continuativo di lavoro, bensì è da considerarsi quale incarico occasionale e temporaneo; potrà essere sospeso o revocato per eventuali sospensioni dell'attività formativa/orientativa, per motivi organizzativi o per inadempienze dell'assegnatario, senza preavviso e ad insindacabile giudizio dell'Ente Gestore.

 Si ricorda ai prestatori d’opera occasionali, che all’atto di presentazione della nota contabile dovranno dichiarare, SOTTO LA LORO RESPONSABILITA’ il soddisfacimento dei requisiti cogenti, in funzione della loro posizione contributiva ed in relazione agli importi massimi percepiti nell’anno in corso.

Il collaboratore occasionale non dovrà, nell'esecuzione del proprio incarico, diffondere notizie e/o informazioni, formulare apprezzamenti e/o giudizi, promuovere e/o pubblicizzare l'azienda e/o l'attività dalla medesima esercitata di cui è dipendente, componente degli organi sociali od amministrativi o dalla quale comunque percepisce un compenso e/o emolumento nè compiere, in qualsiasi modo, atti pregiudizievoli all'attività resa dalla committente.

Con la firma della presente si conferma di aver preso visione del Manuale Operativo Docente/ Non Docente.

Si informa infine che i dati personali verranno trattati, ai sensi del Reg. UE 679/2016, esclusivamente per le esigenze connesse all’attività svolta.

Si prega di restituire copia della presente firmata per accettazione.

***CS AZIENDALE S.r.l. Società Benefit* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Via Leinì, 23 - 10036 – Settimo T.se**

**Tel. 011/897.00.64 – Fax 011/800.02.28** (Per accettazione)

**P.I./C.F. 06646880010**

|  |  |
| --- | --- |
| **FIRMA DIREZIONE ORGANISMO** | **FIRMA RESPONSABILE SEGRETERIA**  Giulia Paonessa  |