

**Conferimento d'incarico per l'assistenza e la consulenza in materia socio-assistenziale di natura occasionale.**

\*\*\*\*\*

Il/La sottoscritto/a ..... nato/a a ..... il....., residente a ..... Via..... C.F. ...., indirizzo email .....@..... e tel. .... In qualità di .....  
affida

alla HOME CARE SERVICE ONLUS, Cooperativa Sociale, con sede in Rende alla Via S. Pertini, 14 – ("Complesso Metrololis") - Codice.Fiscale e Partita IVA N. 03479370789, in persona del suo Legale Rappresentante dott. Luigi Vizza nato a Parenti il 04/08/1959 e residente a Rende alla Via S. Pertini, 55 Codice Fiscale VZZ LGU 59M04 G331N, già Dottore Commercialista e Revisore Contabile, il seguente incarico professionale disciplinato dai seguenti articoli ed accettato dalla Società cooperativa mediante sottoscrizione della presente lettera d'incarico.

**1) Oggetto dell'incarico.**

La HOME CARE SERVICE in persona del Presidente dott. Luigi Vizza, svolgerà in modo occasionale e non prevalente servizio di ricezione e selezione di "Domande ed Offerte di collaborazione-lavoro" in campo socio-assistenziale al solo fine di agevolare l'incontro tra le parti e mettendo a disposizione dei soggetti interessati uno spazio dedicato, all'interno del sito web della [www.homecaresystem.it](http://www.homecaresystem.it), per la raccolta delle richieste, dei curriculum e degli altri documenti necessari allo svolgimento dell'incarico.

Se richiesto, la HOME CARE SERVICE, può svolgere consulenza e favorire l'assunzione diretta (o in "somministrazione") del personale selezionato (O.S.S., O.S.A.badanti, colf, babysitter, ecc.), sia con contratto di lavoro domestico (famiglia), sia con contratto di somministrazione lavoro (agenzia interinale), sia infine, con contratto di prestazione d'opera (con la stessa cooperativa) alle condizioni e secondo le norme contrattuali che regolano il settore e che saranno meglio definite in un apposito accordo da stipulare (punto 4)

**2) Decorrenza, durata dell'incarico e obblighi.**

L'incarico decorre dalla sottoscrizione del presente documento e si intende conferito per 30 giorni, con possibilità di uno o più rinnovi se richiesti. La Home Care Service Onlus si impegna a fornire alla richiedente da uno a tre nominativi per ogni conferimento sottoscritto.

**3) Compenso per le attività di consulenza ed affiancamento**

Per lo svolgimento delle prestazioni, oggetto del presente incarico, alla HOME CARE SERVICE sarà riconosciuto:

- a) un rimborso spesa anticipato pari ad €. 50,00 per l'avvio del servizio, l'accesso alla banca dati e la pubblicazione sul sito della Cooperativa e sulla pagina facebook alla stessa dedicata e rimborso forfettario per l'acquisto di materiale pubblicitario;
- b) un compenso di €. 150,00 (più Iva) dopo il superamento del periodo di prova della risorsa selezionata ed accettata dalla famiglia (3gg).

I pagamenti potranno anche essere fatti mediante bonifico a: HOME CARE SERVICE-VIZZA LUIGI - IBAN: [IT3920306967684510340940742](https://www.bancomat.it/it/iban/IT3920306967684510340940742).

**N.B. Trascorsi inutilmente i 30 giorni, senza aver raggiunto lo scopo del mandato, non sarà dovuto alcun compenso (punto b), liberando la parte richiedente da ogni responsabilità od obbligazione.**

**4) Servizio di assistenza con personale della cooperativa.**

Trascorso positivamente il periodo di prova, e previo accordo con il cliente, l'attività di assistenza potrà continuare:

- mediante assunzione diretta della risorsa selezionata con contratto di lavoro domestico;
- sottoscrivendo un contratto con il quale la Home Care Service, si fa carico di continuare il servizio con proprio personale alle condizioni e secondo gli accordi che saranno meglio definite in apposito allegato, il tutto mediante rilascio di regolare fattura mensile per le ore di assistenza svolta.

Rende, li \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma)

Home Care Service Onlus



**AUTORIZZAZIONE ALLA PUBBLICAZIONE DOMANDA DI ASSISTENZA E PER LA RICERCA DI COLLABORATRICI E COLLABORATORI FAMILIARI (BADANTE – COLF – BABYSITTER, ECC..)**

Alla Segreteria  
Della HOME CARE SERVICE ONLUS  
Via S. Pertini, 14  
87036 RENDE (CS)

Il/la sottoscritto/a .....

Nato \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_ e Residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Rec. telefonico \_\_\_\_\_

in qualità di (assistito, familiare, tutor, altro) \_\_\_\_\_

Necessità dell'assistito: Full time  Par time  Tempo indetermin.  Tempo determ.

Condizioni assistito: Autosufficiente  Non Autosufficiente

GIORNO	LUNEDI	MARTEDI	MERCOLEDI	GIOVEDI	VENERDI	SABATO	DOMENICA	CONVIVENTE
ORE								<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
DIURNO								<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
NOTTURNO								

Autorizza la pubblicazione nell'area pubblica del sito internet **MECARESYSTEM [www.homecaresystem.it](http://www.homecaresystem.it)** sotto il menu "Offerte di lavoro" dei dati necessari alla ricerca e selezione dei profili professionali compatibili con il ruolo da svolgere, in particolare si autorizza la pubblicazione dei:

- Dati anagrafici, condizioni, necessità della persona o delle persone da assistere;
- Dati anagrafici, contatti telefonici, email, ecc. del familiare, tutor, o altra figura di riferimento;

Ai sensi della Legge 31 dicembre 1996, n. 675 - Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, e del D.L. n. 196 del 30/06/2003, si autorizza la HOME CARE SERVICE Cooperativa Sociale Onlus in RENDE (CS) - Via S.Pertini, 14 - al trattamento dei propri dati personali e professionali.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Firma\*

\* Se la firma non viene apposta in presenza di un addetto alla Segreteria della COOPERATIVA HOME CARE SERVICE, la presente autorizzazione dovrà essere corredata dalla copia di un documento di identità valido.

(Inviare il presente modulo a: [homecaresystem.cs@gmail.com](mailto:homecaresystem.cs@gmail.com) oppure via WhatsApp al 3491946060)