

**Conferimento d'incarico per l'assistenza, la consulenza e l'intermediazione in campo socio-assistenziale.**

Tra:

- la HOME CARE SYSTEM SRLS , con sede in Rende alla Via S. Pertini, 55 – ("Complesso Metrololis") - Codice.Fiscale e Partita IVA N. 03416580789, esercente attività di " ASSISTENZA DOMICILIALE" 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, di seguito "la SOCIETA"

E

- Il/La Sig./ra ..... nato/a.....il.....,

Residente a ..... Via.....C.F.....,

Email..... tel. .... In qualità di ....., di

seguito "contraente"

Si concorda quanto segue:

Il/La Sig./re AFFIDA alla HOME CARE SYSTEM, SRLS, con sede in Rende alla Via S. Pertini, 55 – ("Complesso Metrololis") - Codice.Fiscale e Partita IVA N. 03416580789, 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, l'incarico professionale disciplinato dagli articoli che seguono i quali vengono accettati dalla Società HOME CARE SYSTEM SRLS mediante sottoscrizione del presente documento e degli allegati che lo completano.

**1) Oggetto dell'incarico.**

La HOME CARE SYSTEM SRLS in persona del Legale Rappresentante 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 SYSTEM SRLS, 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 SOCIETA') alle condizioni e secondo le norme contrattuali che regolano il settore e che saranno meglio definite in un apposito accordo da stipulare.

**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 SYSTEM SRLS sarà riconosciuto:

- a) un rimborso spesa anticipato pari ad €. 50,00 (cinquanta/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 per l'acquisto di materiale pubblicitario;
- b) un compenso di €. 150,00 (più Iva) dopo il superamento del periodo di prova di 5 (cinque) giorni della risorsa selezionata ed accettata dalla famiglia.

I pagamenti potranno anche essere fatti mediante bonifico a:

**HOME CARE SYSTEM SRLS - IBAN: IT80Z0326822300052915143570**

**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.**

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

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

Home Care Service System Srls



**SCHEDA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO DI ASSISTENZA E COLLABORAZIONE FAMILIARE**

Dettagli della persona da assistere

Cognome    Nome    Anni    Sesso

Domiciliato/a    Via    Cap    CAP

Tipo di assistenza:

Assistenza : H24                          Diurno:                          Notturno:                          Part Time                          Fine settimana

Figura professionale ricercata

Figura da ricercare: Badante:                          Colf :                          Baby Sitter:                          OSS:                          Altro:

Livello di Autonomia:

Grado di autonomia: Autonomo/a                          Non autonomo/a                          Allettato/a                          Compagnia:

Dettagli abitativi:

N. Conviventi:                          Presenza di animali:                          N. stanze                          Stanza per Assistente:                          La notte riposa

Descrizione dello stato di salute e piano terapeutico:

**Nota: Il presente modello viene inviato per presa visione e/o accettazione nel caso il "contraente" è impossibilitato a raggiungere la sede della HOME CARE SYSTEM SRLS**