

# Soc. Agr. C.O.P.A. Soc. Coop.

www.copacanino.it

## MODULO PER DOMANDA DI LAVORO – ANNO 2024

Da inviare, compilato in ogni sua parte e con allegati i documenti richiesti a:

**glenda@copacanino.it**

### DATI ANAGRAFICI

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Residente in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Recapito telefonico (Cellulare) \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di essere:

socio

figlio/figlia del socio \_\_\_\_\_

marito/moglie del socio \_\_\_\_\_

nipote di 1° grado del socio \_\_\_\_\_

### MISURE VESTIARIO

Taglia scarpe: 35  36  37  38  39  40  41  42  43  44  45  46  altro

Taglia guanti: 6  6.5  7  7.5  8  8.5  9  9.5  10

Taglia maglietta: S  M  L  XL  XXL  XXXL

### DISPONIBILITÀ

Disponibilità lavorativa nei mesi ( flaggare i mesi interessati )

Gennaio  - Febbraio  - Marzo  - Aprile  - Maggio  - Giugno

Luglio  - Agosto  - Settembre  - Ottobre  - Novembre  - Dicembre

1) In caso di necessità la Cooperativa potrebbe richiedere al personale dipendente di svolgere la propria attività lavorativa anche durante le ore notturne, fermo restando quanto previsto dal CCNL;

2) La Cooperativa può avvalersi di qualsiasi mezzo di comunicazione (telefono, mail, social, whatsapp, ecc..) per inoltrare informazioni utili a tutto il personale dipendente per svolgere la propria attività lavorativa;

**3) Il Candidato, in caso di avvenuta assunzione e successiva rinuncia prima dell'inizio della propria prestazione lavorativa, si impegna fin da ora a RIMBORSARE la Cooperativa delle spese sostenute per la visita medica del lavoro, pari ad € 62,00, e per il corso di formazione in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro, pari ad € 28,00, per un totale di € 90,00;**

4) Il rimborso di cui al punto 3 del presente modulo dovrà essere integralmente saldato alla Cooperativa entro 30 gg dalla data di fatturazione;

5) Il Candidato, in caso avvenuta assunzione e successiva rinuncia prima dell'inizio della propria prestazione lavorativa, si impegna sin da ora a restituire tutto il vestiario da lavoro e Dispositivi Di Protezione Individuale consegnati dalla Cooperativa fermo restando che i suddetti non siano già stati utilizzati.

**6) Qualora il vestiario e i D.P.I. di cui al punto precedente siano utilizzati o comunque non riconsegnati alla Cooperativa, quest'ultima provvederà a richiedere il rimborso pari a € 110,00;**

# Soc. Agr. C.O.P.A. Soc. Coop.

[www.copacanino.it](http://www.copacanino.it)

7) Il rimborso di cui al punto 6 del presente modulo dovrà essere integralmente saldato alla Cooperativa entro 30 gg dalla data di fatturazione;

**8) Il Candidato si impegna ad allegare al presente modulo copia del proprio DOCUMENTO D'IDENTITA' E TESSERA SANITARIA, facilmente leggibili in un unico file formato PDF;**

9) I moduli pervenuti privi della documentazione di cui al punto 8, compilati parzialmente e/o non comprensibili, non saranno presi in considerazione ai fini della candidatura.

**CON LA SOTTOSCRIZIONE DEL PRESENTE MODULO, IL CANDIDATO ACCETTA INTEGRALMENTE LE CONDIZIONI SUDETTE, IN PARTICOLARE PER QUANTO ESPRESSO AI PUNTI 3), 4), 6), 7), E 8).**

Informativa ai sensi del Decreto legislativo 196/2003.

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 le forniamo le seguenti indicazioni: i dati da Lei forniti nel presente modulo verranno trattati esclusivamente per le finalità connesse alla ricerca di personale, il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico; il conferimento di dati è obbligatorio per dar corso alla procedura di suo interesse: titolare del trattamento è la Soc.Agr. C.O.P.A. Soc. Coop.

Ai sensi del D.lgs 196/2003 autorizzo la gestione dei miei dati personali per i fini consentiti dalla legge.

DATA \_\_\_\_\_

Firma del candidato \_\_\_\_\_