

N° 98 del Registro

## **DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE**

### **OGGETTO**

**Assunzione con contratto interinale di unità da impegnare in attività collaterali.**

L'anno duemiladue, il giorno 13 (tredici) del mese di Dicembre, alle ore 09:30, in TARANTO e nella sede dell'Azienda;

si è riunita in seduta ordinaria, previo avviso di convocazione, il Consiglio di Amministrazione nelle persone dei Signori:

- |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| 1. Enzo MANCO         | PRESIDENTE            |
| 2. Domenico ABRESCIA  | Vice PRESIDENTE       |
| 3. Carlo BOSCHETTI    | 4. Alberto MESSINESE  |
| 5. Francesco IPPOLITO | 6. Ugo TRONCONE       |
| 7. Antonio CITREA     | 8. Massimiliano RUSSO |
| 9. Antonio RANUCCI    |                       |

Svolge le funzioni di Segretario del Consiglio il Sig. Cosimo Rochira

Il Presidente, constatato il numero legale degli intervenuti, dichiara aperta la seduta.

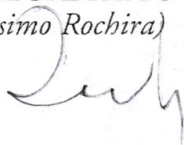
## IL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

- Premesso che a seguito della attuazione della politica dei parcheggi posta in essere dal Comune con riferimento alle aree del Borgo l'AMAT, al fine di ridurre al minimo il disagio dell'utenza, ha chiesto ed ottenuto tre suoli in comodato d'uso (piazza Democrito – Stadio Iacovone e Cimino) adibito a parcheggio di autovetture private per gli utenti, regolarmente abbonati, che intendono utilizzare il servizio "navetta" con partenza dalle tre aree citate da utilizzare come aree parcheggio per autovetture;;
- atteso che i suddetti parcheggi dovranno essere adeguatamente custoditi con personale adibito a servizio di vigilanza nella fascia oraria (07:00-21:00);
- che l'utilizzo di personale AMAT in servizio avrebbe costi eccessivi;
- ritenuto, quindi, poter ricorrere ad assunzioni con contratto interinale di unità da impegnare in attività di vigilanza nelle tre aree parcheggio;
- visto lo Statuto aziendale;
- a voti unanimi

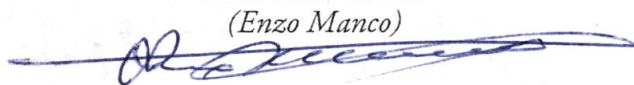
## DELIBERA

- di conferire incarico al Presidente di procedere ad assunzione interinale di n° 6 (sei) unità da impegnare nella custodia delle vetture private parcheggiate su suoli in comodato d'uso ottenuti dall'AMAT, per i motivi in narrativa specificati, nonché ad ogni atto necessario e conseguenziale alla realizzazione dell'attività.

IL SEGRETARIO  
(Cosimo Rochira)



IL PRESIDENTE  
(Enzo Manco)





**Adecco**ADECCO S.P.A.  
Società di Fornitura  
di Lavoro TemporaneoCorso Piemonte, 98/c  
74100 Taranto

Fax

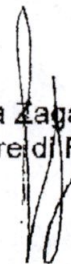
13

<i>da / from</i> Dott.ssa Lucia Zagaria	<i>tél / phone number</i> 099 73245 45	<i>Telefax / fax number</i> 099 735 48 79
<i>A / to</i> Dr. Rochira	<i>Società / company</i> Amat SpA	<i>Telefax / fax number</i> 099 779 42 47
<i>Data</i> 20/11/2002	<i>Pagine compresa la presente</i> 3	

Gentilissimo Dr Rochira,

come da accordi telefonici, Le invio copia del modulo richiesta dati - che può inviare compilato a mezzo fax al numero: 099 735 48 79 - necessario per l'elaborazione dell'offerta commerciale inerente la fornitura di lavoro temporaneo.

RingraziandoLa per l'attenzione accordatami, colgo l'occasione per porgerLe cordiali saluti.

Lucia Zagaria  
Direttore di Filiale



**Adecco****DATI DELL'AZIENDA UTILIZZATRICE**

Società (Ragione Sociale): **A.M.A.T. S.p.A.**  
 P. IVA / Codice Fiscale: **00146330733**  
 Indirizzo sede legale: **Via Cesare Battisti n.657 74100 TA**  
 Città: **TARANTO** Provincia: **TA** CAP: **74100**  
 N° Tel.: **099/7356111** N° Fax: **099/7794247**  
 N° iscrizione al registro imprese: **di TARANTO AL N. 00146330733**  
 Rappresentata da **PRESIDENTE PROTEMPORE C.d.A. Enzo MANCO**  
 Codice ATECO (1): ..... Codice ISTAT (2): ..... Codice ASL (3): .....

- (1): Codice di attività economica svolta dall'impresa, desumibile dal frontespizio del modello 770.  
 (2): Codice del Comune del luogo di lavoro (richiesto da INAIL).  
 (3): ASL di competenza dell'Impresa Utilizzatrice.

**DATI PER PROPOSTA COMMERCIALE**

CCNL nazionale / Integrativo applicato: **C.C.N.L. AUTOERROTRANVIERI**  
 Divisore orario mensile applicato per determinare la retribuzione lorda oraria: **195**  
 Qualifica: **AUSILIARIO GENERICO**  
 Livello: **PARAMETRO 100**  
 N° mensilità: **14** N° ore settimanali: **39**

**DISTINTA DEGLI ELEMENTI (4):****IMPORTI****INCIDENZA SU I SINGOLI ISTITUTI (6)**

	IMPORTI	INCIDENZA SU I SINGOLI ISTITUTI (6)				
		su 13.ma su 14.ma	su R.O.L. e ferie	su TFR	su straordinari	su maggiorazioni
Paga base (minimo)	E. 377,01	SI		SI	SI	SI
Contingenza	524,20	SI		SI	SI	SI
E.D.R.						
Terzo Elemento						
Altro (5)						
Indennità di mensa	16,53	SI		SI	SI	SI
C.A.U.	48,33	SI		SI	SI	SI
T.D.R.	29,51	SI		SI	NO	SI
<b>TOTALE</b>	<b>955,58</b>					

(4): COMPILARE SOLO I DATI ECCEDENTI DA CCNL.

(5): Indicare le eventuali maggiorazioni eccedenti da CCNL (superminimi, premi produzione o presenza, integrativi o indennità, ecc.)

(6): Indicare (SI - NO) su quali istituti si riflette l'elemento retributivo. In caso di mancata compilazione della tabella, l'incidenza degli elementi retributivi inseriti verrà calcolata su tutti gli istituti indicati.

N° ore ferie (7): **25 GIORNI** N° ore R.O.L (7): ..... N° ore ex-festività (7): **5 GIORNI**  
 (7): Valori annuali

Importo mensa aziendale: ..... Trattenuta pasto al lavoratore: .....  
 Importo Ticker: .....

Tasso INAIL della posizione lavorativa (8): .....  
 (8): collegato alla posizione assicurativa INAIL dell'azienda utilizzatrice; dipende dalla pericolosità dell'attività lavorativa per cui si redige la proposta.

**ORE STRAORDINARIE**

% applicate (9)	Descrizione (10):

**ORE MAGGIORATE**

% applicate (9)	Descrizione (10):	INCIDENZA:	
		su TFR	su mensilità aggiuntiva

(9): Indicare la percentuale applicata da azienda SOLO SE DIVERSA DA CCNL.

(10): Inserire la descrizione del tipo di maggiorazione (festivo, notturno, turno diurno, turno notturno, turno notturno festivo, ecc.); inserire le condizioni di applicazione (per es.: "dalla 41.a alla 44.a ora settimanale"). SOLO SE QUESTE ULTIME SONO DIVERSE DA QUANTO PREVISTO DA CCNL.



**DATI PER CONTRATTO**

Motivo del ricorso al lavoro temporaneo:

- Casi previsti dalla contrattazione collettiva (picco di attività)  
 Qualifiche non previste dal normale assetto produttivo  
 Sostituzione di personale assente (indicare nome e cognome) .....

Descrizione dell'attività a cui verrà adibito il lavoratore: **Attività vigilanza su aree A.M.A.T.**  
**(stadio Iacovone-P.le Democrito e Cimino) adibite al parcheggio di autovetture private**  
**da parte di utenti che intendono utilizzare il servizio AMAT in quanto abbonati.**

Voce di tariffa INAIL (11): .....

Posizione assicurativa INAIL dell'azienda utilizzatrice (12): .....

(11): desumibile dalla denuncia annuale delle retribuzioni corrisposte.

(12): si trova nella modulistica rilasciata dall'INAIL dopo la concessione della posizione assicurativa.

Periodo per cui è richiesto il lavoratore:

Data inizio missione: **01/12/2002**Data fine missione: **31/01/2003**N° di lavoratori richiesti: **6**Indirizzo del luogo di lavoro: **Via Cesare Battisti n.657**Città: **TARANTO**Provincia: **TA**CAP: **74100**Orario di lavoro: **3 unità: 07,00/14,00****3 unità : dalle 14,00/21,00**Giorno e mese del S. Patrono: **10 maggio**

Nome e Cognome della persona preposta alla firma dei bollettini: .....

Nome e Cognome della persona che firmerà il contratto: .....

**Enzo MANCO****DATI PER FATTURAZIONE**

Nome e Cognome del Responsabile Amministrativo: .....

Luogo di invio fattura:

Città: .....

Provincia: .....

CAP: .....

Persona di riferimento per l'invio fatture: .....

Tel. diretto: .....

Giorno di pagamento fornitori dell'Impresa Utilizzatrice (mensile): .....

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

Per conferma

Timbro e firma  
 Impresa Utilizzatrice

Filiale Adecco

**Adecco**

**Lucia Zagaria**

*Direttore di Filiale*

Via Monfalcone, 10-10/A-B

70051 Barletta (BA)

Tel: ~~0883.33.12.50~~ 099 7324545

Fax: ~~0883.33.62.68~~ 099 4354879

e-mail: lucia.zagaria@adecco.it



**Adecco****DATI DELL'AZIENDA UTILIZZATRICE**

Società (Ragione Sociale): **A.M.A.T. S.p.A.**  
 P. IVA / Codice Fiscale: **00146330733**  
 Indirizzo sede legale: **Via Cesare Battisti n.657 74100 TA**  
 Città: **TARANTO** Provincia: **TA** CAP: **74100**  
 N° Tel.: **099/7356111** N° Fax: **099/7794247**  
 N° iscrizione al registro imprese: **DI TARANTO AL N. 00146330733**  
 Rappresentata da **PRESIDENTE PROTEMPORÈ C.d.A. Enzo MANCO**  
 Codice ATECO (1): ..... Codice ISTAT (2): ..... Codice ASL (3): .....

(1): Codice di attività economica svolta dall'impresa, desumibile dal frontespizio del modello 770.  
 (2): Codice del Comune del luogo di lavoro (richiesto da INAIL).  
 (3): ASL di competenza dell'Impresa Utilizzatrice.

**DATI PER PROPOSTA COMMERCIALE**

CCNL nazionale / Integrativo applicato: **C.C.N.L. AUTOERROTRANVIERI**  
 Divisore orario mensile applicato per determinare la retribuzione lorda oraria: **195**  
 Qualifica: **AUSILIARIO GENERICO**  
 Livello: **PARAMETRO 100**  
 N° mensilità: **14** N° ore settimanali: **39**

DISTINTA DEGLI ELEMENTI (4):	IMPORTI	INCIDENZA SUI SINGOLI ISTITUTI (6)				
		su 13.ma su 14.ma	su R.O.L. e ferie	su TFR	su straordinari	su maggiorazioni
Paga base (minimo)	E. 377,01	SI		SI	SI	SI
Contingenza	524,20	SI		SI	SI	SI
E.D.R.						
Terzo Elemento						
Altro (5)						
Indennità di mensa	16,53	SI		SI	SI	SI
C.A.U.	48,33	SI		SI	SI	SI
T.D.R.	29,51	SI		SI	NO	SI
<b>TOTALE</b>	<b>955,58</b>					

(4): COMPILARE SOLO I DATI ECCEDENTI DA CCNL.

(5): Indicare le eventuali maggiorazioni eccedenti da CCNL (superminimi, premi produzione o presenza, integrativi o indennità, ecc.)

(6): Indicare (SI - NO) su quali istituti si riflette l'elemento retributivo. In caso di mancata compilazione della tabella, l'incidenza degli elementi retributivi inseriti verrà calcolata su tutti gli istituti indicati.

N° ore ferie (7): **25 GIORNI** N° ore R.O.L (7): ..... N° ore ex-festività (7): **5 GIORNI**  
 (7): Valori annuali

Importo mensa aziendale: ..... Trattenuta pasto al lavoratore: .....  
 Importo Ticker: .....

Tasso INAIL della posizione lavorativa (8): **3,333**  
 (8): collegato alla posizione assicurativa INAIL dell'azienda utilizzatrice; dipende dalla pericolosità dell'attività lavorativa per cui si redige la proposta.

**ORE STRAORDINARIE**

% applicate (9)	Descrizione (10):

**ORE MAGGIORATE**

% applicate (9)	Descrizione (10):	INCIDENZA	
		su TFR	su mensilità aggiuntiva

(9): Indicare la percentuale applicata da azienda SOLO SE DIVERSA DA CCNL.

(10): Inserire la descrizione del tipo di maggiorazione (festivo, notturno, turno diurno, turno notturno, turno notturno festivo, ecc.); inserire le condizioni di applicazione (per es.: "dalla 41.a alla 44.a ora settimanale"). SOLO SE QUESTE ULTIME SONO DIVERSE DA QUANTO PREVISTO DA CCNL.



**DATI PER CONTRATTO**

Motivo del ricorso al lavoro temporaneo:

- Casi previsti dalla contrattazione collettiva (picco di attività)  
 Qualifiche non previste dal normale assetto produttivo  
 Sostituzione di personale assente (indicare nome e cognome) .....

Descrizione dell'attività a cui verrà adibito il lavoratore: **Attività vigilanza su aree A.M.A.T.**  
**(stadio Iacovone-P.le Democrito e Cimino) adibite al parcheggio di autovetture private**  
**da parte di utenti che intendono utilizzare il servizio AMAT in quanto abbonati.**

Voce di tariffa INAIL (11): 9124

Posizione assicurativa INAIL dell'azienda utilizzatrice (12): 7102123020

(11): desumibile dalla denuncia annuale delle retribuzioni corrisposte.

(12): si trova nella modulistica rilasciata dall'INAIL dopo la concessione della posizione assicurativa.

Periodo per cui è richiesto il lavoratore:

Data inizio missione: 01/12/2002 Data fine missione: 31/01/2003

N° di lavoratori richiesti: 6

Indirizzo del luogo di lavoro: Via Cesare Battisti n.657

Città: TARANTO Provincia: TA CAP: 74100

Orario di lavoro: 3 unità: 07,00/14,00 3 unità: dalle 14,00/21,00

Giorno e mese del S. Patrono 10 maggio

Nome e Cognome della persona preposta alla firma dei bollettini:

Nome e Cognome della persona che firmerà il contratto: Enzo MANCO

**DATI PER FATTURAZIONE**

Nome e Cognome del Responsabile Amministrativo: .....

Luogo di invio fattura:

Città: ..... Provincia: ..... CAP: .....

Persona di riferimento per l'invio fatture: ..... Tel. diretto: .....

Giorno di pagamento fornitori dell'Impresa Utilizzatrice (mensile): .....

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

Per conferma

 .....  
 Timbro e firma  
 Impresa Utilizzatrice
.....  
Filiiale Adecco



RAPPORTO DI CONFERMA

25-NOV-02 18:33

NUMERO FAX : 099 7794247

NOME : 2

NUMERO FAX : 0997354879

PAG. : 02

TEMPO TRASCORSO : 01'06"

MODO : G3 STD ECM

RISULTATI : O.K