

Solo in caso di applicazione di CCNL diverso da quello indicato dalla Stazione appaltante

PROCEDURA APERTA PER SERVIZIO DI PRONTO INTERVENTO SOCIALE PRIS METROPOLITANO DI BOLOGNA

Il/La
sottoscritt _____,
nato a _____ Prov. (____) il _____
C.F. _____ in qualità di _____
dell'Impresa _____
C.F. _____ P.I. _____
relativamente alla gara indicata in oggetto, consapevole che, ai sensi della normativa vigente, la
dichiarazione mendace è punita ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia

DICHIARA

**l'equivalenza delle tutele normative fra il CCNL _____ che si intende applicare
all'appalto e il CCNL individuato dalla Stazione appaltante rispetto ai seguenti parametri:**

(barrare ove vi è equivalenza)

☐ la disciplina concernente il lavoro supplementare e le clausole elastiche nel part-time

Indica i seguenti articoli del CCNL applicato:

☐ la disciplina del lavoro straordinario, con particolare riferimento ai suoi limiti massimi, con
l'avvertenza che solo il CCNL leader può individuare ore annuali di straordinario superiori alle 250.
Lo stesso non possono fare i CCNL sottoscritti da soggetti privi del requisito della maggiore
rappresentatività

Indica i seguenti articoli del CCNL applicato:

☐ la durata del periodo di prova

Indica i seguenti articoli del CCNL applicato:

☐ la durata del periodo di preavviso

Indica i seguenti articoli del CCNL applicato:

DICHIARAZIONE DI EQUIVALENZA TUTELE CCNL

☐ durata del periodo di comporto in caso di malattia e infortunio

Indica i seguenti articoli del CCNL applicato:

☐ malattia e infortunio, con particolare riferimento al riconoscimento di un'eventuale integrazione delle relative indennità

Indica i seguenti articoli del CCNL applicato:

☐ maternità ed eventuale riconoscimento di un'integrazione della relativa indennità per astensione obbligatoria e facoltativa

Indica i seguenti articoli del CCNL applicato:

☐ monte ore di permessi retribuiti

Indica i seguenti articoli del CCNL applicato:

☐ bilateralità

Indica i seguenti articoli del CCNL applicato:

☐ previdenza integrativa

Indica i seguenti articoli del CCNL applicato:

☐ sanità integrativa

Indica i seguenti articoli del CCNL applicato:

DICHIARAZIONE DI EQUIVALENZA TUTELE CCNL

Il concorrente allega copia del CCNL applicato.

Firma digitale
