

Allegato "C".

INSERIMENTI LAVORATIVI CON IL COMUNE DI CAGLIARI
Accordo Operativo
TRA

il Sig./ra.....
Referente dell'Unità Operativa territoriale
del Dipartimento di Salute Mentale della ASL 8 di Cagliari

E

il Sig./ra
nato/a a il
residente a (Prov.....) in via n°
Presidente e Legale Rappresentante di
d'ora in poi definita *azienda ospitante*,
avente sede legale in (Prov.....) via n°
sede operativa in fax
recapito telefonico.....

Si concorda quanto segue:

L'azienda ospitante è disponibile ad accogliere per un inserimento lavorativo a scopo terapeutico-riabilitativo

il Sig./ra
nato/a a il
residente a in via n°
telefono....., cellulare
CF.....
in carico presso l'Unità Operativa territoriale del DSM della Asl 8,
inserito/a nel progetto Inserimenti Lavorativi realizzato congiuntamente da Asl 8 e Comune di Cagliari,
d'ora in poi definito/a *persona in formazione*.

La data di inizio dell'inserimento è fissata per il giorno
Le attività formative richiedono un impiego settimanale di ore per giorni settimanali
L'attività di formazione si svolgerà presso il settore
con mansione di
sotto la supervisione del/della Sig/ra....., impiegato/a presso
il medesimo settore con la qualifica di
L'incentivo economico, per un ammontare netto pari a €..... mensili è erogato alla persona in formazione
dal Servizio Politiche Sociali del Comune di Cagliari.
Il presente accordo ha la durata di..... mesi, ed è rinnovabile dietro richiesta motivata per ragioni terapeutico-
riabilitative.
Saranno condotte verifiche periodiche ogni.....
Al/la Sig./ra..... la Asl garantisce le coperture assicurative INAIL e RCT.

Obiettivi e norme dell'inserimento lavorativo:

Obiettivo è la formazione professionale che possa permettere il superamento delle difficoltà derivanti dalla patologia al fine di agevolare la successiva integrazione lavorativa.

Il programma di formazione è redatto a cura del tutor dell'inserimento lavorativo dell'Unità Operativa territoriale di riferimento con la collaborazione del tutor dell'azienda ospitante, e dovrà essere sottoscritto per presa visione ed accettazione dalla persona in formazione.

Il tutor dell'azienda ospitante curerà il rispetto del programma formativo e l'esecuzione delle verifiche previste, di cui l'azienda si rende responsabile nella persona del suo Rappresentante Legale. Si occuperà inoltre di:

- insegnare le mansioni specifiche stabilite nel programma di formazione;
- assumere il ruolo di figura di riferimento per la persona in formazione;
- favorire l'inclusione della persona in formazione nel gruppo di lavoro;
- istruire la persona in formazione sulle norme riguardanti la sicurezza nel posto di lavoro;
- mantenere un rapporto costante con il tutor dell'Unità Operativa territoriale;
- certificare le presenze mensili della persona in formazione;
- compilare la scheda di valutazione finale al termine del percorso di formazione.

La presenza della persona in formazione non potrà essere considerata sostitutiva di quella dei lavoratori impegnati nel settore, pertanto l'azienda dovrà essere dotata di organico adeguato.

Il controllo delle presenze della persona in formazione è affidato alla responsabilità dell'azienda ospitante, che trasmetterà mensilmente al tutor dell'Unità Operativa territoriale del DSM il foglio firma controfirmato dal tutor aziendale, entro il giorno 5 del mese successivo.

In caso di infortunio verificatosi nel corso delle attività formative, l'azienda è tenuta comunicare immediatamente l'accaduto alla ASL 8 di Cagliari perché essa provveda ad ottemperare alle disposizioni di legge in materia di infortunio.

L'azienda ospitante si impegna ad assicurare al tutor dell'Unità Operativa del DSM territoriale piena agibilità al luogo di svolgimento dell'attività formativa, sempre nel rispetto delle esigenze elementari del lavoro quotidiano e delle normative di sicurezza.

La persona in formazione svolgerà gli incarichi che le saranno assegnati dal tutor aziendale e si impegnerà nell'apprendimento della/e mansioni.

In caso di malattia, la persona in formazione dovrà dare immediata comunicazione (senza produrre certificato di malattia) all'azienda ospitante e al tutor dell'Unità Operativa territoriale del DSM.

Su richiesta della persona in formazione, l'azienda ospitante può concedere ore di permesso da recuperarsi nelle giornate successive, secondo un programma concordato con il tutor aziendale.

La persona in formazione ha diritto ad un massimo di 2 giornate lavorative di permesso al mese che dovranno essere di volta in volta concordate con il tutor aziendale.

Ogni assenza che non sia dovuta a malattia, né motivata dalla concessione di un permesso, è considerata assenza ingiustificata e comporterà una riduzione dell'incentivo economico.

L'Unità Operativa territoriale si fa parte dirigente nel verificare e – ove necessario – intervenire, al fine di assicurare una comunicazione puntuale fra la persona in formazione e l'azienda ospitante. L'Unità Operativa territoriale, nella persona del tutor dell'inserimento lavorativo, avrà il compito di facilitare e/o migliorare, qualora si renda necessario e/o su richiesta di una delle parti, i rapporti tra la persona in formazione e l'azienda ospitante.

Il periodo di formazione al lavoro in oggetto, non ha alcuna rilevanza ai fini del trattamento pensionistico, poiché durante detto periodo non vengono versati contributi assicurativi ad alcun ente previdenziale, fatta eccezione per l'INAIL (copertura infortuni).

La persona in formazione non stabilisce rapporto di lavoro con l'azienda ospitante e non acquisisce, pertanto, diritto alcuno durante il periodo di formazione.

L'azienda ospitante si impegna al rispetto della privacy della persona in formazione relativamente alle informazioni ricevute dall'Unità Operativa territoriale.

Il legale rappresentante dell'azienda ospitante dichiara che la struttura è in regola con la vigente normativa in materia di requisiti strutturali, impiantistici e antinfortunistici in quanto applicabili alla tipologia di struttura in questione.

Dichiara inoltre che allo stesso non è stata irrogata alcuna delle sanzioni o delle misure cautelari di cui al D. Lgs 231/01 che impediscono di contrattare con gli Enti Pubblici.

I sottoscritti dichiarano, sotto la propria responsabilità, di aver letto il presente Accordo Operativo e di accettarlo in ogni sua parte

.....
(Il tutor dell'Unità Operativa del DSM)

.....
(Il tutor dell'azienda ospitante)

.....
Il (Legale Rappresentante dell'azienda ospitante)

(data).....

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 444 DEL 18 MAG. 2016

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO ~~IL DIRETTORE SANITARIO~~
~~Dott.ssa Antonella Carreras~~ ~~Dott. Pier Paolo Pani~~

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dott.ssa Sabina Ortu

Il presente allegato è composto da
n. 3 fogli di n. 3 pagine

Il Direttore D.S.M.
Dott. Augusto Contu