

# AZIENDA FARMACIA COMUNALE

Sede 1: Via Andrea Ponti, 29 - 20010 CORNAREDO (MI)  
Tel. 02. 93.63.866 - Fax 02. 93.56.18.09

Sede 2: P.tta Europa, 11 - 20010 CORNAREDO (MI)  
Tel. 02. 93.56.20.05 - Fax 02. 93.56.16.10

## **CONTRATTO DI LAVORO EX ART. 2222 c.c.**

Tra l'Azienda Farmacia Comunale di Cornaredo, nella persona del suo Direttore d'Azienda pro tempore Emiliano De Angeli

e

- la Dott.ssa Capone \_\_\_\_\_, nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ (MI) Via \_\_\_\_\_ - codice fiscale \_\_\_\_\_ - p. iva \_\_\_\_\_ - iscritta all'ordine dei farmacisti di \_\_\_\_\_ al numero \_\_\_\_\_

### **ART.1 - INCARICO**

Il Direttore d'Azienda conferisce incarico alla Dott.ssa Capone \_\_\_\_\_ quale collaboratore di Farmacia, con rapporto di lavoro autonomo di tipo libero professionale non esclusivo ex art. 2222 c.c.

L'incarico verrà espletato con piena autonomia professionale, nel rispetto delle indicazioni operative della direzione e dell'orario concordato.

### **ART. 2 - PRESTAZIONI**

La Dott.ssa Capone \_\_\_\_\_, nell'ambito della propria autonomia professionale, avrà compito di svolgere tutte le prestazioni previste per la posizione di collaboratore di farmacia dai CCNL e dal mansionario.

Le funzioni sopra indicate dovranno essere svolte secondo l'organizzazione concordata con il Direttore di farmacia con un impegno da concordarsi periodicamente con la direzione della farmacia.

### **ART. 3 - ONORARI**

Viene riconosciuto un compenso orario pari a €/ora 25,00 oltre all'iva.

La fattura dovrà essere presentata mensilmente secondo le ore di effettiva di presenza nei limiti di cui all'art. 2, e, previa autorizzazione del Direttore di farmacia, l'importo verrà liquidato con pagamento a 10 giorni dalla presentazione della fattura secondo quanto concordato.

### **ART. 4 - DURATA DELL'INCARICO**

L'incarico di collaboratore di farmacia si intende sottoscritto dal 20 novembre 2024 nelle more dell'espletamento di pubblico concorso e/o in via sussidiaria con continuità nel tempo salvo recesso delle parti.



# AZIENDA FARMACIA COMUNALE

Sede 1: Via Andrea Ponti, 29 - 20010 CORNAREDO (MI)  
Tel. 02. 93.63.866 - Fax 02. 93.56.18.09

Sede 2: P.tta Europa, 11 - 20010 CORNAREDO (MI)  
Tel. 02. 93.56.20.05 - Fax 02. 93.56.16.10

## **ART. 5 - CONTROVERSIE**

Per tutte le controversie derivanti dall'applicazione della presente convenzione, si cercherà la soluzione in via amichevole, fallito il tentativo di bonario componimento, la controversia sarà devoluta alla competente autorità giudiziaria, eleggendo a tal fine il Foro di Milano

## **ART. 6 - RINVIO ALLA LEGGE**

Per quanto non esplicitamente previsto nel presente disciplinare si fa rinvio alle disposizioni legislative in materia.

Per l'Azienda Speciale:  
IL DIRETTORE D'AZIENDA  
Pro tempore  
Emiliano De Angeli

IL PROFESSIONISTA

Cornaredo, 18 novembre 2024

