**ΔΕΙΓΜΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΟΡΩΝ ΕΡΓΟΔΟΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΕΡΓΟΔΟΤΟΥΜΕΝΟΥΣ**

**ΣΕ ΚΕΝΤΡΑ ΑΝΑΨΥΧΗΣ**

*Η ενημέρωση δίδεται από τον/την εργοδότη/τρια προς τον/την εργαζόμενο/η είτε:*

*(α) σε έντυπη μορφή, είτε*

*(β) σε ηλεκτρονική μορφή, όταν υπάρχει δυνατότητα πρόσβασης του/της εργαζόμενου/ης στις πληροφορίες και νοουμένου ότι οι πληροφορίες μπορούν να αποθηκεύονται και να εκτυπώνονται.*

1. Όνομα Εργοδότη/τριας: ................................................................................................

Αρ. Ταυτ./Αρ. Εγγραφής Εταιρείας .…………………………… (εφαρμόζεται ανάλογα)

Αρ. Εγγρ. Κοιν. Ασφ. …….............................................................................................

Αρ. τηλ:......................... Αρ. φαξ/email:………………………………………………….

1. Ονοματεπώνυμο εργαζόμενου/ης: ..............................................................................

Αρ. Ταυτ………………………………. Αρ. Κοιν. Ασφ. …………………………………...

1. Διεύθυνση και τόπος παροχής της εργασίας: ...............................................................

......................................................................................................................................

1. Διεύθυνση εγγεγραμμένης έδρας της εταιρείας/κατοικίας εργοδότη/τριας (εφαρμόζεται ανάλογα): …………………………………………………………………………….……..…

………………………......................................................................................................

1. Ονομασία/βαθμός/φύση/κατηγορία εργασίας: …………………………………………… ............................................................................................................................................................................................................................................................................
2. Συνοπτική περιγραφή εργασίας (εάν έχει συμπληρωθεί το *(5)* δεν χρειάζεται να συμπληρωθεί το παρόν): ……………………………………………………………………

…..………………………………......................................................................................

…..………………………………......................................................................................

…..………………………………......................................................................................

1. Ημερομηνία έναρξης απασχόλησης: ……………………………

Η απασχόληση είναι ορισμένου χρόνου και τερματίζεται στις/όταν…………………………………………………………………………………………(εφαρμόζεται μόνο σε περίπτωση εργαζόμενου/ης ορισμένου χρόνου)

1. Αμοιβή:

Ο μεικτός μηνιαίος βασικός μισθός είναι €................ και το τιμαριθμικό επίδομα είναι …………

Επιπλέον καταβάλλονται ……. μονάδες δικαιώματος υπηρεσίας ή εγγυημένο ποσό δικαιώματος υπηρεσίας ύψους €…….. και ……… μονάδες δικαιώματος υπηρεσίας. Σε περίπτωση που η κανονική κατανομή του δικαιώματος υπηρεσίας υπερβεί το εγγυημένο ποσό, θα καταβάλλεται η διαφορά.

* Καταβάλλεται 13ος μισθός ως ακολούθως ΝΑΙ / ΟΧΙ € ………...……..…(ύψος) στις .............................................................................................................................
* Καταβάλλεται 14ος μισθός ως ακολούθως ΝΑΙ / ΟΧΙ € ………........……(ύψος) στις .............................................................................................................................
* Καταβάλλονται άλλα ωφελήματα ΝΑΙ / ΟΧΙ ως ακολούθως (π.χ. φιλοδώρημα, Ταμείο Προνοίας, Επιδόματα, προμήθειες κ.λ.π.): …………………………………………………...................................................................................................................................................................................................
* Η απασχόληση πέραν των 8 ωρών ημερησίως θα αμείβεται υπερωριακά με την αναλογία 1:1,5.

Η απασχόληση κατά τις αργίες/γιορτές θα αμείβεται με την αναλογία 1:2.

* Συμφωνούνται μισθολογικές αυξήσεις ΝΑΙ / ΟΧΙ ως ακολούθως:……………………... ………………………………………………………………………………..………………
* Σε περίπτωση μεταβλητού ωραρίου εργασίας η αμοιβή για εργασία πέραν των εγγυημένων ωρών θα είναι ως ακολούθως:……………………………………………… ………………………………………………………………………………………………..

1. Η διάρκεια της τυπικής ημερήσιας απασχόλησης είναι ............................................ ώρες και η εβδομαδιαία .......................................... ώρες, κατανεμημένη σε ……………μέρες ανά εβδομάδα…………………………………..

Η εργασία θα είναι σε βάρδιες ΝΑΙ / ΟΧΙ (διαγράψτε ότι δεν εφαρμόζεται) και οι σχετικές ρυθμίσεις έχουν ως ακολούθως: ………………………………………………………………

Το πρόγραμμα χρόνου εργασίας θα είναι μεταβλητό ΝΑΙ / ΟΧΙ (διαγράψτε ότι δεν εφαρμόζεται) και πιθανόν να περιλαμβάνει τις ακόλουθες ημέρες:……………………… ……………………………………………………………………………………..……… . Οι εγγυημένες ώρες εργασίας θα είναι ….…………………… ανά ημέρα/εβδομάδα/μήνα (διαγράψτε ότι δεν εφαρμόζεται). Το ωράριο εντός του οποίου ο/η εργαζόμενος/η πιθανόν να κληθεί να εργαστεί θα είναι από τις ………….………………….. μέχρι και τις ………………….. Η ελάχιστη προειδοποίηση που δίδεται σε εργαζόμενο/η πριν του/της ανατεθεί εργασία θα είναι ………………..………………….…… ώρες/ημέρες/εβδομάδες (διαγράψτε ότι δεν εφαρμόζεται). Η προθεσμία για την ακύρωση της ανάθεσης εργασίας είναι:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Οι αργίες με πληρωμή είναι οι ακόλουθες: 1η Ιανουαρίου, 6η Ιανουαρίου, Καθαρά Δευτέρα, 25η Μαρτίου, 1η Απριλίου, Μεγάλη Παρασκευή, Κυριακή του Πάσχα, Δευτέρα του Πάσχα, 1η Μαΐου, Δευτέρα του Αγίου Πνεύματος, 15η Αυγούστου, 1η Οκτωβρίου, 28η Οκτωβρίου, 25 Δεκεμβρίου, 26η Δεκεμβρίου.
2. Σε περίπτωση τερματισμού της απασχόλησης η κάθε πλευρά θα παρέχει προειδοποίηση όπως προνοούν οι περί Εργοδοτουμένων εις Κέντρα Αναψυχής (Όροι Υπηρεσίας) Κανονισμοί.
3. Παρέχεται δωρεάν κατάρτιση για ……………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………….……...

1. Η διάρκεια της ετήσιας άδειας με απολαβές είναι[[1]](#footnote-1)............................................................. και οι απολαβές του/της εργαζόμενης κατά τη διάρκεια της άδειας θα καταβάλλονται από τον/την εργοδότη/τρια / το Κεντρικό Ταμείο Αδειών (διαγράψτε ότι δεν εφαρμόζεται)

Κάθε αίτηση για λήψη ετήσιας άδειας με απολαβές πρέπει να υποβάλλεται…………………................................ ημέρες προηγουμένως.

(14) Σε περιπτώσεις ασθενείας αν ο εργοδοτούμενος παρουσιάσει βεβαίωση ιατρού θα δικαιούται ετήσια άδεια ασθένειας μετά απολαβών ως ακολούθως:

(α) Εργοδοτούμενος με υπηρεσία πέραν των έξι μηνών 15 μέρες.

(β) Εργοδοτούμενος με υπηρεσία πέραν των τριών ετών 28 μέρες.

Οι πρώτες τρεις μέρες της άδειας είναι άνευ απολαβών.

1. Οι όροι εργασίας διέπονται από συλλογική σύμβαση ΝΑΙ / ΟΧΙ με τίτλο: ……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………...……………………

1. Οι εισφορές για σκοπούς κοινωνικής ασφάλισης θα καταβάλλονται στο Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Ημερομηνία: ........................................................................

Υπογραφή Εργοδότη/τριας: ................................................

Όνομα (ολογράφως): .........................................................

Υπογραφή Εργαζόμενου/ης: .............................................

Όνομα (ολογράφως): ........................................................

1. Κατ´ελάχιστο όπως προνοεί ο Περί Ετήσιων Αδειών Νόμος:

   - για 5ήμερη εργασία η ελάχιστη ετήσια άδεια με απολαβές είναι 20 ημέρες

   - για 6ήμερη εργασία η ελάχιστη ετήσια άδεια με απολαβές είναι 24 ημέρες [↑](#footnote-ref-1)