



Συμπληρωματική Αίτηση για Εγγεγραμμένους Εργολάβους που θα εργάζονται 5 ημέρες ή λιγότερο

- Συμπληρώνεται εις διπλούν από τον εργολάβο
- Υπογράφεται και από τον εργολάβο και τον καλλιεργητή ή μεταποιητή
- Θα πρέπει να υποβάλετε ένα αντίγραφο στην παραπάνω διεύθυνση εντός 24 ωρών μετά την έναρξη των εργασιών
- Η μη τήρηση αυτών των οδηγιών αποτελεί πλημμέλημα, που τιμωρείται σε περίπτωση καταδίκης με πρόστιμο, φυλάκιση ή και τα δύο
- Οι μισθοί που καταβάλλονται δεν μπορούν να είναι χαμηλότεροι από αυτούς που υποσχέθηκαν κατά την πρόσληψη
- Οι χρεώσεις που γίνονται δεν μπορούν να είναι υψηλότερες από τις αρχικές κατά την πρόσληψη

1. Ονοματεπώνυμο και μόνιμη διεύθυνση κατοικίας του εργολάβου

2. Όνομα και διεύθυνση αγροτικής εκμετάλλευσης ή μεταποιητικής μονάδας

3. Ημερομηνία κατά την οποία οι εργαζόμενοι ξεκίνησαν τις εργασίες στην αγροτική εκμετάλλευση ή την μεταποιητική μονάδα

4. Παραθέστε τις βασικές καλλιέργειες, τις εργασίες που θα εκτελεστούν και την αμοιβή που θα πληρώνονται οι εργάτες για κάθε είδος εργασίας σε κάθε καλλιέργεια.

A. Βασικές καλλιέργειες

B. Εργασίες που θα εκτελεστούν

Γ. Αμοιβή εργατών ανά τετράωρο, ώρα, κλπ.

Εάν υπάρχουν επιπλέον καλλιέργειες, χρησιμοποιήστε την άλλη πλευρά.

5. Ποιος θα είναι υπεύθυνος για την πληρωμή των μισθών;

Καλλιεργητής ή μεταποιητής Εργολάβος

6. Πότε θα καταβάλλονται οι μισθοί;

7. Θα μεταφερθούν οι εργάτες σε διαφορετική κατασκήνωση γεωργικών εργατών για εργασία σε αυτήν την αγροτική εκμετάλλευση ή την μεταποιητική μονάδα; Εάν «Ναι», απαντήστε στις ερωτήσεις 8 έως 11. Ναι Όχι

8. Όνομα και διεύθυνση νέας κατασκήνωσης

9. Εάν πρόκειται να υπάρξουν χρεώσεις σε αυτήν την κατασκήνωση, αναφέρετε όλες τις χρεώσεις παρακάτω.

Είδος

Ποσό και συχνότητα χρεώσεων.

Όνομα και θέση υπευθύνου που κάνει κάθε χρέωση

10 A. Θα υπάρξει κάποιο πρατήριο στην κατασκήνωση; Ναι Όχι

10 B. Εάν «Ναι», όνομα και διεύθυνση υπευθύνου λειτουργίας πρατηρίου:

11 A. Θα καλύπτονται οι εργαζόμενοι από Ασφάλιση Αποζημίωσης Εργαζομένων; Ναι Όχι

11 B. Από Ασφάλιση Ευθύνης Γεωργού; Ναι Όχι

12. Ποιος πληρώνει για αυτή την ασφάλιση; Καλλιεργητής ή μεταποιητής Εργολάβος

13. Ποιος θα πληρώσει το μερίδιο του εργοδότη της κοινωνικής ασφάλισης; Καλλιεργητής ή μεταποιητής Εργολάβος

Ημερομηνία: _____ Υπογραφή: _____ Εργολάβος

Αριθμός Εγγραφής Εργολάβου Αγροτικών Εργασιών: _____

Οι παραπάνω πληροφορίες είναι αληθείς και ακριβείς εξ όσων γνωρίζω και πιστεύω.

Ημερομηνία: _____ Υπογραφή: _____ Καλλιεργητής ή μεταποιητής

Το παρόν έντυπο πρέπει να αναρτάται σε εμφανές σημείο όπου όλοι οι εργάτες σε αγροτικές εκμεταλλεύσεις μπορούν να το διαβάσουν.

Η έγκριση της παρούσας αίτησης δεν σας επιτρέπει να παρακάμψετε τη νομοθεσία για τον κατώτατο μισθό.