

TIPOLOGIA CONTRATTO DEL DIPENDENTE	CONTRIBUTO	QUOTA A CARICO DEL DATORE DI LAVORO	QUOTA A CARICO DEL LAVORATORE *
LAVORATORE ASSUNTO CON CONTRATTO A TEMPO DETERMINATO PER MENO DI 12 MESI	€ 6,00 * (X 12 MESI)	€ 4,50	€ 1,50
	TOTALE MENSILE *		CON TRATTENUTA IN BUSTA PAGA *

TIPOLOGIA CONTRATTO DEL DIPENDENTE	CONTRIBUTO	QUOTA A CARICO DEL DATORE DI LAVORO	QUOTA A CARICO DEL LAVORATORE *
LAVORATORE ASSUNTO CON CONTRATTO A TEMPO INDETERMINATO < 16 ORE SETTIMANALI	€ 9,00 * (X 12 MESI)	€ 7,50 (QUOTA ENTE BILATERALE)	€ 1,50 (QUOTA ENTE BILATERALE)
	TOTALE MENSILE *		CON TRATTENUTA IN BUSTA PAGA *

TIPOLOGIA CONTRATTO DEL DIPENDENTE	CONTRIBUTO	QUOTA A CARICO DEL DATORE DI LAVORO	QUOTA A CARICO DEL LAVORATORE *
LAVORATORE ASSUNTO CON CONTRATTO A TEMPO DETERMINATO / PART TIME SUPERIORE A 12 MESI CON ALMENO 16 ORE SETTIMANALI	€ 24,00 * (X 12 MESI)	€ 14,00 (SUSSIDIO SANITARIO)	€ 1,00 (SUSSIDIO SANITARIO)
		€ 7,50 (QUOTA ENTE BILATERALE)	€ 1,50 (QUOTA ENTE BILATERALE)
	TOTALE MENSILE *		CON TRATTENUTA IN BUSTA PAGA *

TIPOLOGIA CONTRATTO DEL DIPENDENTE	CONTRIBUTO	QUOTA A CARICO DEL DATORE DI LAVORO	QUOTA A CARICO DEL LAVORATORE *
LAVORATORE ASSUNTO CON CONTRATTO A TEMPO INDETERMINATO / APPRENDISTATO / PART TIME => 16 ORE SETTIMANALI	€ 24,00 * (X 12 MESI)	€ 14,00 (SUSSIDIO SANITARIO)	€ 1,00 (SUSSIDIO SANITARIO)
		€ 7,50 (QUOTA ENTE BILATERALE)	€ 1,50 (QUOTA ENTE BILATERALE)
	TOTALE MENSILE *		CON TRATTENUTA IN BUSTA PAGA *

QUADRI	CONTRIBUTO	QUOTA A CARICO DEL DATORE DI LAVORO	QUOTA A CARICO DEL LAVORATORE *
CON RAPPORTO DI LAVORO SUPERIORE A 12 MESI, ASSUNTI A TEMPO PIENO O PARZIALE DI ALMENO 16 ORE SETTIMANALI O 64 ORE MENSILI O 532 ORE ANNUALI	€ 50,67 * (X 12 MESI)	€ 40,67 (SUSSIDIO SANITARIO)	€ 1,00 (SUSSIDIO SANITARIO)
		€ 7,50 (QUOTA ENTE BILATERALE)	€ 1,50 (QUOTA ENTE BILATERALE)
	TOTALE MENSILE *		CON TRATTENUTA IN BUSTA PAGA *

DIRIGENTE	CONTRIBUTO	QUOTA A CARICO DEL DATORE DI LAVORO	QUOTA A CARICO DEL LAVORATORE *
CON RAPPORTO DI LAVORO SUPERIORE A 12 MESI, ASSUNTI A TEMPO PIENO O PARZIALE DI ALMENO 16 ORE SETTIMANALI O 64 ORE MENSILI O 532 ORE ANNUALI	€ 91,50 * (X 12 MESI)	€ 77,50 (SUSSIDIO SANITARIO)	€ 5,00 (SUSSIDIO SANITARIO)
		€ 7,50 (QUOTA ENTE BILATERALE)	€ 1,50 (QUOTA ENTE BILATERALE)
	TOTALE MENSILE *		CON TRATTENUTA IN BUSTA PAGA *