

DICHIARAZIONE DEL DATORE DI LAVORO PER IL DIPENDENTE

Il/La sottoscritto/a _____

in qualità di responsabile del settore dell'impiego dell'azienda/ente _____

dichiara

che il/la Dr./Dr.ssa _____

nato/a a _____ il _____

codice fiscale _____ presta servizio alle proprie

dipendenze dal _____ con contratto di lavoro/collaborazione

a tempo determinato con scadenza il _____

a tempo indeterminato

(apporre una crocetta nel quadratino che interessa)

Data _____

Firma _____

TIMBRO DELL'AZIENDA/ENTE