

DATA DI ASSUNZIONE _____ -

DATORE N°COMPONENTI NUCLEO _____ **REDDITO** _____

COGNOME _____

NOME _____

NATO IL _____ SESSO _____

STATO DI NASCITA _____

PROVINCIA _____ CITTA' _____

CODICE FISCALE _____

PROVICIA DI RESIDENZA _____

COMUNE DI RESIDENZA _____

INDIRIZZO _____

NUMERO CIVICO _____ CAP _____

CITTADINANZA _____

DOCUMENTO _____

DATA DI RILASCIO _____

NUMERO DOCUMENTO _____

RILASCIATO DA _____

SCADENZA IL _____

PERMESSO SOGGIORNO _____

NUMERO _____

MOTIVO _____

RILASCIO O RINNOVO _____

RILASCIATO IL _____ SCADENZA _____

EMAIL _____

TELEFONO _____ **FIRMA** _____

LAVORATORE

COGNOME_____

NOME_____

NATO IL_____ SESSO_____

STATO DI NASCITA_____

PROVINCIA_____ CITTA'_____

CODICE FISCALE_____

PROVICIA DI RESIDENZA_____

COMUNE DI RESIDENZA_____

INDIRIZZO_____

NUMERO CIVICO _____ CAP_____

CITTADINANZA_____

DOCUMENTO_____

DATA DI RILASCIO_____

NUMERO DOCUMENTO_____

RILASCIATO DA_____

SCADENZA IL_____

PERMESSO SOGGIORNO_____

NUMERO_____

MOTIVO_____

RILASCIO O RINNOVO_____

RILASCIATO IL_____ SCADENZA_____

EMAIL_____

TELEFONO_____ **FIRMA**_____

CONTRATTO

DETERMINATO O INDETERMINATO _____

CONVIVENZA SI O NO _____

LIVELLO _____

ORE SETTIMANALI _____

LUOGO DI LAVORO

PROVICIA DI LAVORO _____

COMUNE DI LAVORO _____

INDIRIZZO _____

NUMERO CIVICO _____ CAP _____

DATA DELLA PRATICA _____

OPERATORE _____

SONO CONSAPEVOLE che il reddito del datore di lavoro DEVE ESSERE pari almeno a 20mila euro se il nucleo familiare è composto da un solo soggetto (percettore di reddito); se il nucleo è composto da più soggetti, il reddito del datore di lavoro non deve essere inferiore a 27.000 euro annui. I requisiti reddituali di cui sopra non si applicano al datore di lavoro affetto da patologie o disabilità che ne limitano l'autosufficienza e che presenti domanda per l'emersione di un unico lavoratore addetto alla sua assistenza

500 EURO F24

80 EURO ISTRUTTORIA

16 BOLLO

290 EURO PER LE PRATICHE DI LAVORO

30 EURO TESSERA

FIRMA _____

