

FAC SIMILE DICHIARAZIONE – DA RILASCIARE SU CARTA INTESTATA

Il/La sottoscritto/a, in qualità di titolare/ legale rappresentante dell'ente /azienda....., con sede in, via.....,n....., telefono....., email.....

Consapevole delle responsabilità previste dalla legge in caso di dichiarazioni mendaci .

ATTESTA

che il/la sig., nato/a.....il....., residente in....., vian. è alle dipendenze di questo ente/azienda, dal (*indicare data di assunzione*):

Con la seguente tipologia di contratto:

- tempo indeterminato
- tempo determinato
- occasionale
- stagionale
- altro

Avente la durata di complessivi mesi: (*da indicare solo per i contratti diversi dal tempo indeterminato*).

Ed effettua il seguente orario settimanale di lavoro :

- orario pari o superiore a 36 ore settimanali
- orario compreso tra 20 e 35 ore settimanali
- orario inferiore alle 20 ore settimana

In fede.

Lì....., il

FIRMA
