

All. C – Scheda dati del lavoratore - **Garanzia *IN* (INserimento, INclusione, INtegrazione): CONTRIBUTI PER L'ADATTAMENTO DEL POSTO DI LAVORO**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ (____)
il _____ residente a _____ (____) in via
_____ n. _____ C.F. _____ in
qualità di (*barrare la sezione interessata*)
o titolare della ditta individuale _____
o legale rappresentante della società _____

con sede legale in _____ (____) Cap _____ via _____
n. _____ e Codice Fiscale e/o Partita IVA _____

DICHIARA QUANTO SEGUE:

(riportare le stesse informazioni contenute nella comunicazione obbligatoria di assunzione):

DATI DEL LAVORATORE

Nome _____
Cognome _____ Sesso: M F
Luogo E data di nascita _____
Codice Fiscale _____
Residente in via _____ n. _____ Comune _____ Provincia _____

DATI DEL RAPPORTO DI LAVORO

Assunzione con contratto:

A tempo indeterminato dal_____/_____/_____

Oppure

A tempo determinato dal_____/_____/_____ al_____/_____/_____

Orario di lavoro: A tempo pieno A tempo parziale di n. ore_____ settimanali
medie

Qualifica professionale (ISTAT) _____

Luogo e data_____

firma del titolare
della ditta individuale/legale rappresentante della società
(firma resa autentica allegando copia di documento di identità ai sensi dell'art. 38 DPR 445/2000)
