

(cessazione e riassunzione)

Spett.le
Ufficio del Lavoro
Sezione Collocamento – San Marino

Datore di Lavoro _____ *cod.op* _____

indirizzo _____ *telef.* _____

attività del dipendente: Assistenza Anziani ai sensi del REGOLAMENTO n. xx del xx giugno 2015

Codice ISS	Cognome e nome	dt. nascita	Cittadin.	Residenza	Mansione	Livello

o A norma dell'art.23 della Legge 19 settembre 1989 n.95 (*Interruzione del rapporto di lavoro*)

Denuncia di cessazione (per sospensione) _____ in data _____.

o Ai sensi del DD di cui all'articolo 19 della Legge 28 giugno 2010 n.118

Chiede l'autorizzazione alla riassunzione del suddetto/a dipendente dal _____.

al _____.

Scadenza Visita Medica: _____

data _____

Firma _____

Allegato E

RICHIESTA DI RINNOVO DEL PERMESSO DI LAVORO (nulla osta lavorativo) PRESSO LO STESSO ASSISTITO AI SENSI DELL'ART. 16 DEL REGOLAMENTO n. xx del xx giugno 2015

Spett.le
Ufficio del Lavoro
Sezione Collocamento – San Marino

(proroga riassunzione)

Datore di Lavoro _____ *cod.op.* _____.

indirizzo _____ *telef.* _____.

attività del dipendente: Assistenza Anziani ai sensi del REGOLAMENTO n. xx del xx giugno 2015

Codice ISS	Cognome e nome	dt. nascita	Cittadin.	Residenza	Mansione	Livello

Attuale Permesso di Lavoro dal _____ con scadenza al _____

Chiede la proroga della riassunzione del suddetto/a dipendente dal _____.

al _____.

Scadenza Visita Medica: _____

data _____

Firma _____