

MODELLO UNICO

Per rapporti di lavoro con assistente ad anziani e a persone con disabilità, non autosufficienti

Spett.le
Ufficio del Lavoro

Il presente modulo verrà restituito compilato in ogni sua parte presso Servizio Territoriale
Domiciliare Via Aurelio Saffi n.6 Borgo Maggiore Tel.0549 883119

Datore di lavoro _____ Cod op. _____

Indirizzo _____ telef. _____

Dipendente assunto quale assistente ad anziani e a persone con disabilità, non autosufficienti di cui DD 24 febbraio 2016 n.21 successive modifiche e/o integrazioni;

Codice iss	Cognome e nome	Data di nascita

CHIEDE

- Interruzione del rapporto di lavoro in data _____ per:

- | | |
|---|--|
| 1) <input type="checkbox"/> Collocato a Riposo lavoratore (2-CE4-3) | 6) <input type="checkbox"/> Scadenza Contratto Lavoro (2-CE4-7) |
| 2) <input type="checkbox"/> Decesso lavoratore (2-CE4-4) | 7) <input type="checkbox"/> Non Idoneità Medica (2-CE4-17) |
| 3) <input type="checkbox"/> Dimissioni (2-CE4-2) | 8) <input type="checkbox"/> Non Superato Periodo di Prova (2-CE4-13) |
| 4) <input type="checkbox"/> Inabilità/Invalidità (2-CE4-14) | 9) <input type="checkbox"/> Decesso datore di lavoro (2-CE4-32) |
| 5) <input type="checkbox"/> Licenziamento (2-CE4-1) | |

- l'autorizzazione al rinnovo/riassunzione del suddetto dipendente:

dal _____ al _____ scadenza visita medica _____

- sospensione del suddetto dipendente:

dal _____ al _____ scadenza visita medica _____

data _____

Firma datore di lavoro _____