

DITTA	
--------------	--

Dati del lavoratore in Somministrazione e/o distaccati:

COGNOME E NOME	
NATO A	
IL	
RESIDENTE	
VIA	
CITTADINANZA	
CODICE FISCALE	
QUALIFICA/LIVELLO	
CCNL applicato	
DATA ASSUNZIONE	
DATA CESSAZIONE	
SEDE OPERATIVA	
AGENZIA DI SOMMINITRAZIONE o SOCIETA' DISTACCATA (Ragione Sociale -P.Iva - Indirizzo e Sede legale)	

Firmato C.d.L. Dr. Paolo Dalmaschio