|  |  |
| --- | --- |
| Immagine che contiene testo  Descrizione generata automaticamente | Ministero dell’istruzione, dell’università e della ricerca  **ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “*VIA DEI SALICI*”**  Via A. Robino 25/A – 20025 Legnano  Tel: 0331 541316 Fax: 0331 **458476**  **Cod.mec.MIIC85500G – C.F- 84003710153**  **e-mail:** miic85500g@istruzione.gov.it  **e-mail: miic85500g@pec.istruzione.it** |

Oggetto: *Dichiarazione di attività lavorativa.*

# DICHIARAZIONE A CURA DEL DATORE LAVORO

Il sottoscritto rappresentante legale

della ditta ……………………………………………………………………………………………..

con sede in via ……………………………………...………. cap ……..…città………...………..

telefono ……………………………………………………………………………………………….

***dichiara*** che il Sig. ………………………………………………………………………………….

collabora presso la nostra ditta/azienda/ente con il seguente tipo di contratto:

\_ dipendente a tempo determinato data inizio……….……… data fine…………………

\_ dipendente a tempo indeterminato data inizio……….………

\_ dipendente altro……………………… data inizio……….……… data fine…………………

con il seguente orario di lavoro giornaliero: dalle………..…..….…alle…….……..………..

dalle………..…..….…alle…….……..………..

Data …………………………………. Timbro e firma del datore di lavoro