

**PERSONALE (COLLABORATORE DI STUDIO/INFERMIERE)
FORNITO DA SOCIETÀ/SOCIETÀ DI SERVIZI/COOPERATIVE**

Dichiarazione del datore di lavoro

..l. sottoscritt.

in qualità di legale rappresentante della Società.....

con sede in Codice Fiscale

Dichiara che

(nome e cognome del dipendente)

assunt... con contratto

.....

.....

con mansione di

è utilizzat.. dal Dott.

presso lo Studio di via /piazza

per ore settimanali a tempo determinato, con scadenza

a tempo indeterminato

A disposizione per fornire adeguata documentazione

Data

Firma

Timbro della Società