

**PERSONALE (COLLABORATORE DI STUDIO/INFERMIERE)  
FORNITO DA UN MEDICO**

**Dichiarazione del datore di lavoro**

..l.. sottoscritt.. .....

con studio in ..... Codice Fiscale .....

Dichiara che ..... (nome e cognome del dipendente )

assunt.. a tempo indeterminato/ determinato con scadenza il .....con contratto

.....

conforme all'art 58 l d c 5 dell'Accordo Collettivo Nazionale

con mansione di .....

per un numero totale di ore settimanali di .....

Dichiara inoltre che il suddetto personale è utilizzato da:

Dott ..... Per un numero di ore settimanali di .....

Dott ..... Per un numero di ore settimanali di .....

Dott ..... Per un numero di ore settimanali di .....

Dott ..... Per un numero di ore settimanali di .....

presso lo Studio di Via /Piazza

.....

A disposizione per fornire adeguata documentazione

Data .....

Firma