

**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 ilcon 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