

ALLEGATO 4

COMUNICAZIONE SUPERAMENTO PERIODO DI PROVA

Spett.le
Provincia del Medio Campidano
Servizio Politiche per il Lavoro
Via Carlo Felice, 201
09025 Sanluri VS

DICHIARAZIONE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000

__ sottoscritt_ _____
nat_ a _____ (Prov. ____) il _____¹
residente in _____ (Prov. ____) CAP _____
Via/Piazza _____ n° _____
in qualità di titolare/legale rappresentante della Ditta/Società

con sede legale in _____ (Prov. ____)
Via/Piazza _____ n° _____
tel. _____ e-mail _____

NELLA PIENA CONSAPEVOLEZZA DI QUANTO PREVISTO DAL D.P.R. 445/2000, ART. 76, IN CASO DI
AFFERMAZIONI MENDACI

DICHIARA

Di aver aderito all'Azione di Sistema Welfare to Work, e di aver assunto in data _____
__ Sig_ _____

¹ Inserire la data nel formato gg/mm/aaaa

(barrare la casella interessata)

- che il lavoratore succitato ha superato il periodo di prova previsto nel C.C.N.L. (o stabilito tra le parti in giorni _____);
- di aver concordato con il lavoratore di non avvalersi del periodo di prova.

Data _____

(Timbro e Firma del dichiarante)
