

## 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 \_\_\_\_\_<sup>1</sup>  
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\_ \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> 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)

\_\_\_\_\_