

**SOMMINISTRATI - DISTACCATI**

MD SOMM-19

DENOMINAZIONE AZIENDA DISTACCANTE .....

<b>DATI DEL LAVORATORE DA DISTACCARE/SOMMINISTRATO</b>		
COGNOME / NOME		
VIA	N°	CITTÀ
CODICE FISCALE		
LUOGO E DATA DI NASCITA		
TIPOLOGIA DI LAVORATORE	<input type="checkbox"/> SOMMINISTRATO	<input type="checkbox"/> DISTACCATO
<b>DATI CONTRATTO</b>		
DATA INIZIO CONTRATTO/DISTACCO		
DATA FINE CONTRATTO/DISTACCO		
CONTRATTO APPLICATO		
LIVELLO	QUALIFICA	
<b>AGENZIA DI SOMMINISTRAZIONE</b>		
DENOMINAZIONE		
<b>AZIENDA DISTACCATARIA</b>		
DENOMINAZIONE		
P.IVA / CODICE FISCALE		
SETTORE ATTIVITÀ		
PAT INAIL		
INDIRIZZO SEDE LEGALE AZIENDA DISTACCATARIA		
INDIRIZZO SEDE OPERATIVA AZIENDA DISTACCATARIA		
RECAPITO AZIENDA DISTACCATARIA (TEL-FAX-EMAIL)		

NOTE PARTICOLARI

.....

**LA PRESENTE DEVE PERVENIRE AL COLLOCAMENTO ENTRO DUE GIORNI DALLA DATA DI STIPULA DEL CONTRATTO DI SOMMINISTRAZIONE O DI DISTACCO****SE I CONTRATTI VENGONO STIPULATI I GIORNI 15 O 16 DEL MESE, LA COMUNICAZIONE AI NS. UFFICI DEVE ESSERE EFFETTUATA CONTESTUALMENTE.**

Eseguito da:	Firma:	Data:
--------------	--------	-------