

**Dati del Lavoratore**

Cognome:	Nome:	Stato civile:	Sesso:
Codice fiscale:		Nato/a il:	
Stato di nascita:		Luogo di nascita:	
Cittadinanza:	Residente in (Stato estero):		
Località:			
Titolare di:			
Passaporto	<input type="checkbox"/>		
Altro documento	<input type="checkbox"/>		
Numero:		Autorità Rilasciante:	
Data rilascio:	Data scadenza:		
<input checked="" type="checkbox"/> Lavoratore destinatario di nulla osta al lavoro rilasciato al di fuori delle quote annuali, in applicazione dell'art. 27, TU, lettera:			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

<input type="checkbox"/> Lavoratore in possesso del titolo di infermiere professionale (se assunto per l'esercizio delle mansioni corrispondenti)
- riconosciuto con decreto del Ministero della Salute in data _____ numero _____
- conseguito in Italia o Stato UE in data _____ presso l'istituto _____
di (città) _____ prov. _____

**CONDIZIONI CONTRATTUALI****Contratto Collettivo Applicato**

- Contratto:	
- Contratto di categoria applicato: -	
- Livello/cad. di inquadramento:	
- Mansioni svolte dal lavoratore:	
- Orario di lavoro settimanale:	ore _____
- Luogo di lavoro:	CAP: _____
Via: _____	N. _____
- Retribuzione mensile lorda ( in misura non inferiore a quanto previsto dal vigente contratto collettivo nazionale di categoria)	