

☐ In caso di rapporto di lavoro con infermiere professionale destinatario di nulla osta al lavoro rilasciato in applicazione dell'art. 27, TU, lettera r-bis, il luogo di lavoro coincide con unità operativa della seguente Struttura sanitaria pubblica ☐ o privata ☐:

denominazione Sede: via

n. Comune

CAP prov. e il datore di lavoro è:

☐ il proprietario;

☐ la società cooperativa appaltatrice della gestione diretta ed esclusiva dell'intera struttura sanitaria ovvero del seguente suo reparto o servizio presso cui sarà adibito il lavoratore (specificare):

☐ l'agenzia di somministrazione, iscritta in data al n. nel registro istituito presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, che fornisce alla struttura sanitaria personale infermieristico.

IL DATORE DI LAVORO DICHIARA:

1. LA SUSSISTENZA DELLA SEGUENTE SISTEMAZIONE ALLOGGIATIVA:

Comune via

n. CAP prov.

Condizione alloggiativa: ☐ convivente ☐ non convivente ☐ a titolo gratuito o

☐ in locazione al canone mensile di €

a carico del datore di lavoro ☐ SI ☐ NO

Decurtazione dello stipendio ☐ SI ☐ NO per l'importo di €

2. DI IMPEGNARSI, NEI CONFRONTI DELLO STATO, AL PAGAMENTO DELLE SPESE DI VIAGGIO PER IL RIENTRO DEL LAVORATORE NEL PAESE DI PROVENIENZA;

3. DI IMPEGNARSI A COMUNICARE OGNI VARIAZIONE CONCERNENTE IL RAPPORTO DI LAVORO.

Luogo e data _____

Firma del datore di lavoro _____

Firma del lavoratore _____

DICHIARAZIONE DEL DATORE DI LAVORO

Il sottoscritto,
cognome

nome

nato a il / / , in qualità di datore di lavoro ovvero di rappresentante legale della società od ente datore di lavoro, consapevole delle sanzioni penali specificamente previste sia nei confronti di chiunque presenti una falsa dichiarazione al fine di eludere le disposizioni in materia di immigrazione, sia in caso di dichiarazioni mendaci o non veritiere, in tutto o in parte, nonché di formazione o uso di atti falsi, comunica che: