DISTINTA DI PAGAMENTO
Per contratti di assunzione diretta

Lavoratore: (Cognome e nome) ……..
(Luogo e data di nascita) ……
(*Nazionalità)* ……
(Residenza) ……
Datore di lavoro: (Cognome e nome) …….

Beneficiario del progetto di assistenza: (Cognome e nome) ……

RETRIBUZIONE MESE DI …… N° ORE EFFETTUATE ……

€ …… (al netto delle voci TFR e XIIIª)

ASSENZA DAL SERVIZIO DAL ……. AL……
per
FERIE MALATTIA *(regolarmente retribuita dal datore di lavoro)*
ALTRO ……

IL DATORE DI LAVORO DICHIARA

(ai sensi della L.R. 2/7/1999 n. 18 art. 35 e del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 artt. 46 e 47)
consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro i n caso di dichiarazione falsa o comunque non rispondente al vero, ai sensi dell'art. 45 della l.r. 2/7/1999, n. 18 e dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445

Di aver provveduto ad accantonare/liquidare l'importo di € ……... relativi alla quota del TFR di competenza, oltre ad € …….. per la quota della tredicesima di competenza.

Firma datore di lavoro …… Data ……..

IL LAVORATORE DICHIARA

(ai sensi della L.R. 2/7/1999 n. 18 art. 35 e del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 artt. 46 e 47)
consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro n caso di dichiarazione falsa o comunque non rispondente al vero, ai sensi dell'art. 45 della l.r. 2/7/1999, n. 18 e dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445

Di aver percepito per l'assistenza prestata, quanto sopraindicato.

Firma lavoratore …… Data ……