

**MODELLO DI ATTESTAZIONE
DEL COMMERCIALISTA/CONSULENTE DEL LAVORO**

Il sottoscritto Dott. commercialista/Consulente del lavoro:

_____ iscritto presso
_____ di _____ al n° _____
Cod.Fisc. _____ P.IVA: _____
con studio in _____ via _____

DICHIARA

Che dagli atti in suo possesso, il proprio assistito dott. _____
MMG / PLS, con studio in _____ via _____
Cod.Fisc. _____ Codice Regionale _____,
ha avuto alle proprie dipendenze i seguenti lavoratori:

- 1) Sig/ra: _____ dal _____ al _____
con contratto Part-Time/Tempo Pieno di ore _____ settimanali CCNL applicato: Studi
professionali _____ livello.
- 2) Sig/ra: _____ dal _____ al _____
con contratto Part-Time/Tempo Pieno di ore _____ settimanali CCNL applicato: Studi
professionali _____ livello.
- 3) Sig/ra: _____ dal _____ al _____
con contratto Part-Time/Tempo Pieno di ore _____ settimanali CCNL applicato: Studi
professionali _____ livello.

Data _____

Timbro e Firma _____