

 <p>Unione Europea Fondo Sociale Europeo</p>	 <p>Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali Direzione Generale per le Politiche per l'Orientamento e la Formazione Direzione Generale degli ammortizzatori Sociali e Incentivi per l'occupazione</p>	 <p>REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA Assessorato del lavoro, formazione professionale, Cooperazione e Sicurezza Sociale</p>	 <p>Provincia di Olbia-Tempio</p>	
---	--	---	--	--

ALLEGATO F



Azione di Sistema
Welfare to Work
Per le politiche di re-impiego.

COMUNICAZIONE SUPERAMENTO PERIODO DI PROVA

**Provincia di Olbia Tempo
Settore 3, "Sportello WtoW
via Nanni n. 17/19
07026Olbia (OT)**

Dichiarazione ai sensi del D.P.R. 445/2000

Il sottoscritto..... nato a..... il residente
in..... Via..... n. in qualità di titolare/legale
rappresentante della Ditta/Ragione Sociale con sede legale in
..... (Prov.....) Via n°.....

Cod. Fiscale azienda Partita I.V.A.

tel. / e-mail.....

**NELLA PIENA CONSAPEVOLEZZA DI QUANTO PREVISTO DAL D.P.R. 445/2000, ART. 76, IN CASO DI
AFFERMAZIONI MENDACI**

DICHIARA

a) di aver aderito all'Azione di Sistema Welfare to Work, e di aver assunto in data
_____ il/la Sig/ra _____

(barrare la casella interessata)

che il lavoratore succitato ha superato il periodo di prova previsto nel C.C.N.L. (o stabilito tra
le parti in giorni _____)

di aver concordato con il lavoratore di non avvalersi del periodo di prova.

Luogo e data

Timbro e Firma del dichiarante