

SCHEDA RIEPILOGATIVA
DA COMPILARE OBBLIGATORIAMENTE

Sportello Unico Immigrazione c/o Prefettura – UTG di: _____ Sigla Provincia

MOD. "A-DOM" (Lavoro Domestico) MOD. "B-SUB" (Lavoro Subordinato non Stagionale) MOD. "C-STAG" (Lavoro Subordinato Stagionale)

DATI DATORE DI LAVORO o LEGALE RAPPRESENTANTE

ente/società **F A C S I M I L E**

nome

cognome

Stato di nascita

codice Stato di nascita (1) data di nascita / / C.A.P.

indirizzo

città

C.F.

P.I. n. permesso/carta di sogg.

DATI LAVORATORE

nome **F A C S I M I L E**

cognome

Stato di nascita

cod. Stato di nascita (1) data di nascita / / sesso M/F (2)

Stato di cittadinanza:

Albania <input type="checkbox"/>	Marocco <input type="checkbox"/>	Nigeria <input type="checkbox"/>	Sri Lanka <input type="checkbox"/>	Filippine <input type="checkbox"/>	Somalia <input type="checkbox"/>
Alb <input type="checkbox"/>	Mar <input type="checkbox"/>	Nga <input type="checkbox"/>	Lka <input type="checkbox"/>	Phi <input type="checkbox"/>	Som <input type="checkbox"/>
Tunisia <input type="checkbox"/>	Egitto <input type="checkbox"/>	Moldavia <input type="checkbox"/>	Bangladesh <input type="checkbox"/>	Pakistan <input type="checkbox"/>	Ghana <input type="checkbox"/>
Tun <input type="checkbox"/>	Egy <input type="checkbox"/>	Mda <input type="checkbox"/>	Bgd <input type="checkbox"/>	Pak <input type="checkbox"/>	Gha <input type="checkbox"/>

altro Stato

codice altro Stato (1) di origine italiana Argentina Uruguay Venezuela

settore produttivo: domestico edile pesca altro

contratto di categoria applicato cod (3) dirigente o personale altamente specializzato

mansione **F A C S I M I L E**

comune di lavoro

sigla provincia

LAVORO SUBORDINATO



RICHIESTA nominativa e numerica di
NULLA OSTA AL LAVORO SUBORDINATO
ai sensi dell'art. 22 del D.lg.vo 25.07.1998,
n. 286 come modificato dalla L. 189/02 e
art. 30 DPR 394/99 e successive modifiche
e integrazioni

Allo Sportello Unico per
l'Immigrazione presso la
Prefettura-UTG

di _____ (1)

SIGLA PROVINCIA

Tipologia Modello

(Compilare in stampatello)

DATI DEL DATORE DI LAVORO (2)

Sezione I

persona fisica

società o ente

ditta/denominazione sociale

F A C S I M I L E

C.F.

P.I.

matr. INPS

iscr. C.C.I.A.A. di prov.

n°

in data

sede: via

comune

C.A.P.

prov.

Sezione II:

cognome

F A C S I M I L E

nome

stato civile

(3)

Sesso

(4)

nato/a il

cod. Stato di nascita

(5)

Stato di nascita

luogo di nascita

prov.

cod. fiscale del rappresentante legale

residente in

prov.

via

F A C S I M I L E

n° civico (numero/lettera)

C.A.P.

cittadinanza italiana (6)

tipo di documento di identità **F A C S I M I L E** (7)

n° data rilascio / /

rilasciato da

data scadenza / /

altra cittadinanza

Stato di cittadinanza

cod. Stato di cittadinanza (5)

titolare di: carta sogg. permesso sogg. n°

data rilascio / / data scadenza / /

per motivi di

e titolare di: passaporto altro documento (specificare)

(8)

cod. documento (8) n°

rilasciato da **F A C S I M I L E**

data rilascio / / data scadenza / /

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,

PRESENTA

RICHIESTA DI NULLA OSTA AL LAVORO SUBORDINATO

numerica (9); per l'assunzione di un lavoratore straniero di cittadinanza

cod. Stato cittadinanza (5)

inserito nella rispettiva lista approvata dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali in data / / (10)

ovvero nominativa (9) per l'assunzione del seguente lavoratore straniero:

DATI DEL LAVORATORE (11) C.F. (se in possesso del lavoratore)

cognome

nome

F A C S I M I L E

