



**Richiesta nominativa di nulla osta
al lavoro subordinato ai sensi dell' art.
27 lett. r-bis) del D.lg.vo 25.07.1998, n.
286 come modificato dalla L. 189/02 e
art. 37 DPR 334/04**

Allegato
19
pag1di4

**Allo Sportello Unico per
l'Immigrazione
presso la Prefettura-UTG
di _____ (1)
sigla provincia**

Codice domanda (riservato all'ufficio)

Il sottoscritto

(compilare in stampatello)

DATI DEL DATORE DI LAVORO (2)

Sezione I:

società o ente imprenditore individuale

ditta/denominazione sociale

C.F. P.I. matr. INPS

iscr. C.C.I.A.A. di prov. n. in data / / Sede: via

n. Comune

CAP Prov.

Sezione II: dati personali del titolare o del legale rappresentante

cognome nome

stato civile (3) sesso (4) nato/a il / / Stato di nascita

cod. Stato (5) luogo di nascita prov.

cod. fiscale del rappresentante legale residente in

prov via

n° civ CAP

cittadinanza italiana (6), tipo di documento di identità (7)

N° data rilascio / /

rilasciato da data scadenza / /

altra cittadinanza (specificare):

titolare di carta/permesso soggiorno N° data ril. / / scad. / /

per motivi di e titolare di passaporto altro documento

specificare (8) N° rilasciato da

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,

RICHIEDE

Il nulla osta al lavoro subordinato a favore di infermieri professionali per il seguente lavoratore:

DATI DEL LAVORATORE

cod. fisc. (se già in possesso del lavoratore)

cognome

nome stato civile (3) sesso (4)

nato/a il / / Stato di nascita cod. Stato (5)

luogo di nascita

cittadinanza/e residente in (Stato estero) cod. Stato (5)

località

Titolare di passaporto altro documento specificare (8) (9)

rilasciato da N°

data rilascio / / data scadenza / /

TITOLO PROFESSIONALE

Lavoratore in possesso del titolo di infermiere professionale:

riconosciuto con decreto del Ministero della Salute in data / / n. **(10)**
 conseguito in Italia o Stato UE in data / / presso l'Istituto
 di (città)

NATURA GIURIDICA DEL RICHIEDENTE

A) **Struttura Sanitaria** pubblica o privata

B) **Cooperativa** **(11)**

Contratto di appalto per la gestione in data / /

Gestione diretta e complessiva Struttura Sanitaria
 Reparto in gestione diretta ed esclusiva (specificare)
 Servizio in gestione diretta ed esclusivo (specificare)

C) **Agenzia di somministrazione** **(12)**

Iscritta nell'Albo delle Agenzie per il Lavoro, sezione 1 sezione 2 , tenuto dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - autorizzazione in data / / protocollo numero

Contratto di somministrazione in data / /

Nel caso **B)** o **C)**, specificare **(13)**:

Struttura Sanitaria appaltante o destinataria della somministrazione pubblica o privata

Denominazione struttura

Sede: Comune Prov. C.A.P.

via n.

e, nei confronti del medesimo lavoratore

**FORMULA LA SEGUENTE
 PROPOSTA DI CONTRATTO DI SOGGIORNO
 per lavoro subordinato
 (Art. 5 bis del D.lvo n.286/98 e successive modifiche)**

CONTRATTO COLLETTIVO APPLICATO (14)

- contratto di categoria applicato
- livello/cat.di inquadramento **(15)**
- mansioni svolte dal lavoratore **(16)**

TEMPO INDETERMINATO DETERMINATO MESI **(17)**

Se il rapporto è a tempo determinato: indicare ai sensi del dlgs n. 368/01 le ragioni di carattere

tecnico produttivo organizzativo sostitutivo **(18)**

ORARIO DI LAVORO SETTIMANALE (non inferiore a 20 ore; se tempo pieno, apporre la sigla TP.): n. ore

luogo di lavoro: Comune prov. cap. **(19)**

via n.

Retribuzione mensile lorda (in misura non inferiore a quanto previsto dal vigente contratto collettivo nazionale di categoria) di € , importo in lettere / **(20)**

SISTEMAZIONE ALLOGGIATIVA (21)

Comune prov.

Indirizzo N. CAP

Condizione alloggiativa (22):

a titolo gratuito

in locazione al canone mensile di € , a carico del datore di lavoro SI NO

Decurtazione dello stipendio SI NO per importo di € , (23)

SI IMPEGNA

1. nei confronti dello Stato, al pagamento delle spese di viaggio per il rientro del lavoratore nel paese di provenienza;
2. a comunicare ogni variazione concernente il rapporto di lavoro. (24)

AI FINI DELLA VALUTAZIONE DELLA RICHIESTA

D I C H I A R A

1. Alla data della richiesta i dipendenti in forza presso l'unità operativa presso cui sarà impiegato il lavoratore sopra indicato sono: (25)
di cui: apprendisti con contratto di formazione/inserimento
lavoratori non appartenenti all'U.E.
2. Il fatturato conseguito dall'azienda nel corso dell'esercizio relativo all'anno ammonta a € ,
3. Il reddito di esercizio dichiarato nella denuncia annuale dei redditi di impresa – anno ammonta a € , (26)
4. di essere in regola con i versamenti contributivi ed assicurativi dovuti per il personale occupato

DICHIARA INOLTRE:

- a) di non aver effettuato negli ultimi 12 mesi licenziamenti per riduzione di personale né di aver attualmente in forza lavoratori in C.I.G. aventi qualifica corrispondente a quella con cui si intende assumere il lavoratore non appartenente all'U.E;
- b) che il rapporto di lavoro non sarà risolto, se non per motivi di legge o di contratto prima della scadenza prevista;
- c) che non ricorrono i divieti di cui all'art. 3 del Dlgs 368/2001;

