



## SCHEMA PRE-ISCRIZIONE COSTO ZERO CORSO ANNUALE DI SEGRETERIA

### RICHIEDENTE

Il Sig./ Sig.ra: \_\_\_\_\_

Cod. Fisc: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Città : \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel./Cel.: \_\_\_\_\_ Indirizzo e-mail : \_\_\_\_\_

Titolo di studio: \_\_\_\_\_

Rappresentata dallo Studio Odontoiatrico: \_\_\_\_\_

CCNL di riferimento applicato: \_\_\_\_\_

Tipologia di contratto:  determinato  indeterminato  apprendistato  altro \_\_\_\_\_

Orario di lavoro:  part-time (ore sett. \_\_\_\_\_)  tempo pieno (ore sett. \_\_\_\_\_)

Anno di assunzione: \_\_\_\_\_ Numero di dipendenti studio \_\_\_\_\_

Datore di lavoro (cognome e nome o società): \_\_\_\_\_

Cod. Fisc.: \_\_\_\_\_ P.Iva: \_\_\_\_\_

Matricola INPS: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

Tel./Cel.: \_\_\_\_\_ Indirizzo e-mail : \_\_\_\_\_

FONDO INTERPROFESSIONALE DI APPARTENENZA (chiedere al Consulente del Lavoro che lo trova sul Cassetto Previdenziale INPS): \_\_\_\_\_

Il titolare dello Studio Odontoiatrico è in possesso di firma digitale?  SI  NO

Data: \_\_\_\_\_ Firma richiedente: \_\_\_\_\_

