

MODELLO DI ATTESTAZIONE DEL
COMMERCIALISTA/CONSULENTE DEL LAVORO

Dott. _____ Codice Fiscale _____

DOTTORE COMMERCIALISTA _____ Partita Iva _____

REVISORE CONTABILE N. _____

Studio: _____

Resid: _____

e-mail: _____

Il sottoscritto Dott. _____, Dottore commercialista/consulente del
lavoro con studio in _____ via _____

dichiara che dagli atti in suo possesso il proprio assistito Dott. _____
medico pediatra, con studio in _____ in via _____,

CF _____ Codice Regionale _____ ,

ha avuto alle proprie dipendenze i seguenti lavoratori:

- Sig./Sig.ra _____ dal _____ al _____

con contratto part time di ___ ore settimanali CCNN applicato: studi professionali _____ livello,

- Sig./Sig.ra _____ dal _____ al _____

con contratto part time di ___ ore settimanali CCNN applicato : studi professionali _____ livello;

- Sig./Sig.ra _____ dal _____ al _____

con contratto part time di ___ ore settimanali CCNN applicato : studi professionali _____ livello.

TIMBRO E FIRMA