

MODULO PER CALCOLO BUONI DI SERVIZIO

DATA ____/____/____

APPUNTAMENTO FISSATO IL ____/____/____ ALLE ORE ____:____
(da compilare dall'Ente Gestore)

NOME E COGNOME RICHIEDENTE _____

RECAPITO TELEFONICO _____

NOME E COGNOME BAMBINO ISCRITTO _____

FOTOCOPIA CARTA IDENTITA' E CODICE FISCALE RICHIEDENTE SI' NO

FOTOCOPIA CODICE FISCALE BAMBINO ISCRITTO SI' NO

CODICE IBAN _____

INTESTATO A _____

DIPENDENTE DELL'AZIENDA: _____

TIPOLOGIA CONTRATTUALE:

- | | |
|--------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | FULL TIME |
| <input type="checkbox"/> | PART TIME ORIZZONTALE |
| <input type="checkbox"/> | PART TIME VERTICALE |
| <input type="checkbox"/> | LAVORATORE AUTONOMO |
| <input type="checkbox"/> | CO.CO.CO |
| <input type="checkbox"/> | CO.CO.PRO |
| <input type="checkbox"/> | TURNISTA |

MANSIONE LAVORATIVA RICHIEDENTE: _____

MONTE ORE SETTIMANALE RICHIEDENTE: _____
da contratto

ORARIO DI LAVORO ORDINARIO RICHIEDENTE:
(se turnisti indicare sul retro l'orario lavorativo)

	DALLE	ALLE	DALLE	ALLE
LUNEDI				
MARTEDI				
MERCOLEDI				
GIOVEDI				
VENERDI				

ENTRAMBI GENITORI LAVORATORI SI' NO

CALCOLO ICEF SI' NO

NOTE: _____
