**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) X

**DATI DATORE DI LAVORO o LEGALE RAPPRESENTANTE**

ente/società

FAC SIMILE

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

FAC SIMILE

cognome

Stato di nascita

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

Stato di cittadinanza:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Albania Alb ☐ | Marocco Mar ☐ | Nigeria Nga ☐ | Sri Lanka Lka ☐ | Filippine Phl ☐ | Somalia Som ☐ |
| Tunisia Tun ☐ | Egitto Egy ☐ | Moldavia Mda ☐ | Bangladesh Bgd ☐ | Pakistan Pak ☐ | Ghana Gha ☐ |

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

FAC SIMILE

comune di lavoro

sigla provincia



23/01/06 Ed. 01

# LAVORO SUBORDINATO STAGIONALE

**RICHIESTA nominativa e numerica di NULLA OSTA AL LAVORO SUBORDINATO STAGIONALE ai sensi dell'art. 24 del D.lg.vo 25.07.1998, n. 286 come modificato dalla L. 189/02 e art. 30, 38 e 38-bis DPR 394/99 e successive modifiche e integrazioni**

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

**SIGLA PROVINCIA** ☐☐

**Tipologia Modello** C - S T A G

(*Compilare in stampatello*)

**Il sottoscritto**

☐ **ASSOCIAZIONE DI CATEGORIA PER CONTO DEI SUOI ASSOCIATI** (2)

FAC SIMILE

sede: via

C.A.P. Prov.

n° civico (numero/lettera) /

comune

☐ **DATORE DI LAVORO (3) Sezione I:** ☐ persona fisica ☐ società o ente

ditta/denominazione sociale

C.F.

P.I. matr. INPS iscr. C.C.I.A.A. di prov.

n° in data / /

FAC SIMILE

sede: via

n° civico (numero/lettera) / C.A.P. Prov.

Comune

**Sezione II:**

cognome

nome

stato civile ☐ (4) sesso ☐ (5) nato/a il / / cod. Stato di nascita (6)

Stato di nascita

luogo di nascita

prov.

FAC SIMILE

C.F. rappresentante legale

residente in

prov. n° civico (numero/lettera)

via

C.A.P.

FAC SIMILE

cittadinanza italiana (7)

tipo di documento di identità (8)

n° data rilascio / /

rilasciato da

data scadenza / /

altra cittadinanza Stato di cittadinanza

Cod. Stato di cittadinanza (6)

titolare di: carta sogg. permesso sogg. n°

data rilascio / / data scadenza / /

per motivi di

e titolare di: passaporto altro documento (specificare)

(9) cod. documento (9) n°

rilasciato da

data rilascio / / data scadenza / /

FAC SIMILE

---

**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 STAGIONALE (10)**

numerica per l'assunzione di un lavoratore straniero di cittadinanza

FAC SIMILE

cod. Stato cittadinanza (6)

inserito nella rispettiva lista approvata dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali in data / / (11)

nominativa cumulativa pluriennale

per l'assunzione del seguente lavoratore straniero:

## DATI DEL LAVORATORE (12)

codice fiscale (se già in possesso del lavoratore)

cognome

FAC SIMILE

nome

stato civile (4) sesso (5)

nato/a il / / (13) cod. Stato di nascita (6)

Stato di nascita

luogo di nascita

Stato di cittadinanza

cod. Stato di cittadinanza (6)

residente in (Stato estero)

cod. Stato (6) località

FAC SIMILE

Precedenti periodi lavorativi per attività stagionale dal / / al / /

nell'anno

e dal / / al / / nell'anno (14)

titolare di: passaporto altro documento (specificare) (9)

(15)

cod. documento (9)

rilasciato da

n°

FAC SIMILE

data rilascio / / data scadenza / /

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 (16)**

- contratto di categoria applicato cod. denominazione

FAC SIMILE

- livello/cat.di inquadramento
- mansioni svolte dal lavoratore

(17) STAGIONALE MESI GIORNATE (18)

luogo di lavoro: comune (19) C.A.P. Prov.

via n° civico (numero/lettera) /

Retribuzione mensile lorda (in misura non inferiore a quanto previsto dal vigente contratto collettivo nazionale di categoria)

di € ,

Importo in lettere

FAC SIMILE

/

---

**SISTEMAZIONE ALLOGGIATIVA (20)**

comune

indirizzo

n°civico (numero/lettera) / C.A.P. prov.

condizione alloggiativa (21):

a titolo gratuito

in locazione al canone mensile di € ,

a carico del datore di lavoro SI NO decurtazione dello stipendio SI NO

FAC SIMILE

per importo di € , (22)

---

**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 (23)

---

## AI FINI DELLA VALUTAZIONE DELLA RICHIESTA

## DICHIARA

1. Alla data della richiesta i dipendenti in forza presso l'unità operativa presso cui sarà impiegato il lavoratore sopra indicato

sono: ☐☐☐☐ (24)

di cui: apprendisti ☐☐☐☐ con contratto di formazione/inserimento ☐☐☐☐

lavoratori non appartenenti all'U.E. ☐☐☐☐

FAC SIMILE

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 € ☐☐☐☐☐☐☐☐☐,☐☐ (25)

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 D.Lgs 368/2001.

## RICHIEDE

la trasmissione del nulla osta al Consolato per il tramite dello Sportello Unico SI ☐ NO ☐ (26)

il visto sarà richiesto presso il Consolato Italiano di (27)

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

FAC SIMILE

Marca da bollo

(in alternativa) estremi del versamento dell'imposta di bollo (28) (29)

bollettino n. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ del ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

di € ☐☐☐☐,☐☐ su C/C 8003 – Concessioni governative -

luogo

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

data ☐☐/ ☐☐/ ☐☐☐☐

FIRMA ............................................................................................

---

## RECAPITI DEL DICHIARANTE:

comune ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

C.A.P. ☐☐☐☐☐ prov. ☐☐

FAC SIMILE

indirizzo

n° civico (numero/lettera)

tel.

fax

e-mail

**FAC SIMILE**