

**AUTOCERTIFICAZIONE
DEL LAVORANTE A DOMICILIO**

Il Sottoscritto Cod. Fiscale

data di nascita luogo di nascita Prov

residente in Prov. Cap

Via Tel.

assistito da Tel. Fax.

nella persona di: Sig.;

dipendente dell'impresa

posizione INPS n° sita in Prov.

DICHIARA

- che il rapporto di lavoro a domicilio sussistente con l'impresa di cui sopra è di tipo monomandatario, finalizzato all'esecuzione di commesse unicamente a favore dell'impresa medesima

E' CONSAPEVOLE

della assunzione di responsabilità, assunta con quanto sopra dichiarato, prevista sia dal Codice Civile ai sensi degli artt. 1218, 1342 e 2043 che dal Codice Penale ai sensi dell'art. 640, in presenza di difformità con quanto effettivamente sussistente ed eventualmente verificato.

Letto, confermato, sottoscritto.

.....li,

IL LAVORATORE

.....
(FIRMA LEGGIBILE DEL LAVORATORE)

AI FINI DELLA PRESENTE PROCEDURA AUTORIZZA IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, ANCHE PER QUANTO PREVISTO DAI REGOLAMENTI EBER D.Lgs. 196/03.

.....
FIRMA DEL LAVORATORE