FAC-SIMILE	**NULLA OSTA DEL DATORE DI LAVORO PER PLURALITA' DI COLLABORAZIONI**

CARTA INTESTATA DEL DATORE DI LAVORO

(IMPRESA PRIVATA)

Al Sig. Dirigente del Settore Trasporti della Provincia di Frosinone
Via A. Fabi 339 – 03100 Frosinone
Tel. 0775.830101 - Fax 0775.294768

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ (prov._____) Il____/____/_____

Codice Fiscale ___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I

residente a _____ Prov. _____

in qualità di titolare/legale rappresentante dell'Impresa_____

_____

DICHIARA

di essere a conoscenza che il Sig. _____

nato a _____ Prov. _____ il____/____/_____

quale dipendente con le funzioni di ☐ insegnante ☐ istruttore

SVOLGE ALTRA PRESTAZIONE LAVORATIVA

presso l'autoscuola _____con un impegno temporale pari

a complessive ore settimanali _____ e che in ragione di ciò non sussistono cause

di incompatibilità accertate tra le collaborazioni in argomento.

Frosinone ____/___/_____ **Firma** _____