

ATTESTATO DI SERVIZIO

Da compilarsi a cura dell'Azienda a seguito della cessazione del rapporto di lavoro/periodo di aspettativa

DATI RELATIVI ALL'AZIENDA

Cod. Azienda

Azienda.....

Codice fiscale P.IVA

DATI ANAGRAFICI DEL MEDICO

Cognome

Nome

Data nascita / / Comune nascita Prov

Sesso: M F

Codice fiscale:

DATI RELATIVI AL RAPPORTO DI LAVORO

1 - Data Inizio Rapporto / /

2 - Data Fine Rapporto / /

3 - Eventuali periodi di Aspettativa non Retribuita:

dal / / al / /

dal / / al / /

4 - Motivo della Cessazione del Rapporto di Lavoro:

Dimissioni, licenziamento o altre cause **DIPENDENTI** dalla volontà delle parti

Mobilità o altre cause **NON DIPENDENTI** dalla volontà delle parti

Pensionamento o Dimissioni per Pensionamento

Decesso

Si dichiara che i dati esposti nella presente scheda sono conformi alle registrazioni effettuate sul libro matricola, ed assume ogni responsabilità circa le errate segnalazioni al Fondo Pensione CAIMOP

Data / /

(Timbro e firma)

N.B. inviare sull'indirizzo mail info@caimop.it