





 <p><b>Unione Europea Fondo Sociale Europeo</b></p>	 <p><b>Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali</b> Direzione Generale per le Politiche per l'Orientamento e la Formazione Direzione Generale degli ammortizzatori Sociali e Incentivi per l'occupazione</p>	 <p><b>REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA</b> Assessorato del lavoro, formazione professionale, Cooperazione e Sicurezza Sociale</p>	 <p><b>PROVINCIA CARBONIA IGLESIAS</b> AREA DEI SERVIZI PER IL LAVORO, LA CULTURA E LA SOCIALITÀ <b>Settore politiche del lavoro e formazione professionale</b></p>	
---	--	---	---	--



Azione di Sistema  
Welfare to Work  
Per le politiche di re-impiego.

**COMUNICAZIONE SUPERAMENTO PERIODO DI PROVA**

Prot. N. \_\_\_\_\_

Spett.le  
Provincia di Carbonia Iglesias  
**"Sportello WTW"**  
Via Mazzini, 39  
09013 – Carbonia (CI)

***Dichiarazione ai sensi del D.P.R. 445/2000***

Il sottoscritto..... nato a..... il ..... residente  
in..... Via..... n. .... in qualità di titolare/legale  
rappresentante della Ditta/Ragione Sociale ..... con sede legale in  
..... ( Prov.....) Via ..... n°.....

Cod. Fiscale azienda ..... Partita I.V.A. ....  
tel. .... / ..... e-mail.....

**NELLA PIENA CONSAPEVOLEZZA DI QUANTO PREVISTO DAL D.P.R. 445/2000, ART. 76, IN CASO DI  
AFFERMAZIONI MENDACI**

**DICHIARA**

a) di aver aderito all'Azione di Sistema Welfare to Work, e di aver assunto in data  
\_\_\_\_\_ il/la Sig/ra \_\_\_\_\_

**(barrare la casella interessata)**

che il lavoratore succitato ha superato il periodo di prova previsto nel C.C.N.L. (o stabilito tra  
le parti in giorni \_\_\_\_\_)

di aver concordato con il lavoratore di non avvalersi del periodo di prova.

Luogo e data .....

**Timbro e Firma del dichiarante**