



## Richiesta di personale

### per la verifica di indisponibilità di lavoratori presenti sul territorio nazionale

art. 22, c. 2. 2-bis, del decreto legislativo n. 286/1998, cd. "Testo unico per l'immigrazione"  
(a cura del datore di lavoro)

Al centro per l'impiego di salò

#### Dati del datore di lavoro

Denominazione del datore lavoro

Partita Iva/codice fiscale

Settore attività/CCNL

Indirizzo Sede legale

Referente aziendale

#### Profilo richiesto

Numero di persone da assumere 1

Profilo richiesto (unità professionale secondo classificazione Istat) ASSISTENZA FAMILIARE

CCNL applicato COLF

Inquadramento previsto COLF

Descrizione della mansione o delle mansioni (indicare le principali)  
ESPERIENZA NEL SETTORE DELL'ASSISTENZA FAMILIARE

Esperienze nella mansione/settore

Sì ☐

No ☐

Durata (in mesi)

6

Conoscenze tecniche (strumenti/macchinari/attrezzature da utilizzare)  
NON CI SONO STRUMENTI DA UTILIZZARE

Titolo di studio LICENZA MEDIA

Conoscenze linguistiche

	scritto	parlato	comprensione (lettura e ascolto)
Italiano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Conoscenze informatiche

Patente/i

☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ CQC ☐ ADR  
Automunito / motomunito ☐ Sì ☒ No ☐ Altro

Eventuali patentini

Disponibilità a trasferte in ambito

☒ provinciale ☐ regionale ☐ nazionale ☐ estero  
☐ altro

**Rapporto di lavoro proposto / contratto**

Data di assunzione prevista

Sede di lavoro GAVARDO

Raggiungibile con mezzo pubblico ☒ Sì ☐ No

Orario di lavoro settimanale ☒ Tempo pieno n° ore settimanali 30

☐ Part-time n° ore settimanali

In caso di part-time specificare la distribuzione oraria

Orario festivo ☐ Sì ☐ No

Turni (specificare)

Giorno di riposo SABATO E DOMENICA

Tipologia contrattuale

☒ Tempo indeterminato ☐ Tempo determinato (durata)  
☐ Apprendistato ☐ Lavoro a chiamata/intermittente

Retribuzione prevista 650, 00

In assenza di indicazioni sulla retribuzione, si ritiene confermato il CCNL applicato dal datore di lavoro precedentemente indicato

**NOTE**

Ai sensi dell'articolo 22 comma 2-bis del d.lgs. 286/1998 (Testo Unico per l'Immigrazione), introdotto dall'art. 1 comma 1 lett. e) del DL 145/2024, la verifica di indisponibilità di lavoratori presenti sul territorio nazionale si intende esperita con esito negativo se il centro per l'impiego non comunica la disponibilità di lavoratori presenti sul territorio nazionale entro otto giorni dalla richiesta del datore di lavoro interessato all'assunzione di lavoratori stranieri residenti all'estero.

Nel caso in cui un lavoratore sia stato inviato per un colloquio, il sottoscritto si impegna a comunicare al Centro per l'impiego l'esito della selezione e a comunicare tempestivamente ogni informazione utile ai fini della gestione della presente richiesta.

In particolare, il sottoscritto si impegna a comunicare la mancata presentazione, senza giustificato motivo, del lavoratore inviato dal Centro per l'impiego, decorsi venti giorni lavorativi dalla data della richiesta di personale, ovvero la non idoneità accertata ad esito dell'attività di selezione, distinguendo in particolare il caso in cui l'inidoneità sia conseguente al rifiuto da parte del lavoratore della proposta contrattuale.



REPUBBLICA ITALIANA  
MINISTERO DELL'INTERNO

CA29594TX

**CARTA DI IDENTITÀ / IDENTITY CARD**  
COMUNE DI / MUNICIPALITY  
VOBARNO



COGNOME / SURNAME

ALI

NOME / NAME

ASMAN

LUOGO E DATA DI NASCITA

PLACE AND DATE OF BIRTH

BHIMBER AK (PAK) 07.07.1996

SE550

**SEX**

M

STATURA

HEIGHT  
1.80

186

NG

EMISSIONE / ISSUING  
31.10.2024

FIRMA DEL TITOLARE  
HOLDER'S SIGNATURE

CITTADINANZA

**NATIONALITY**

ITA

SCADENZA / EXPIRY  
07.07.2034

IT

241614

COGNOME E NOME DEL PADRE E DELLA MADRE O DI CHI NE FA LE VECI  
FATHER AND MOTHER'S-TUTOR'S NAME

CODICE FISCALE

FISCAL CODE

LAISMN96L07Z236M

## ESTREMI ATTO DI NASCITA

111 p2 sB-2024 017204

INDIRIZZO DI RESIDENZA / RESIDENCE

VIA GIUSEPPE DI VITTORIO, N. 11 VOBARNO (BS)

[illegible]



REPUBBLICA ITALIANA  
**TESSERA SANITARIA**  
 CARTA REGIONALE DEI SERVIZI






Codice Fiscale **LAISMN96L07Z236M** Sesso **M**  
 Cognome **ALI**  
 Nome **ASMAN**  
 Luogo di nascita **PAKISTAN**  
 Data di scadenza **15/06/2029** Provincia **EE** Dati sanitari regionali  
 Data di nascita **07/07/1996**

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA




3 Cognome	<b>ALI</b>		
4 Nome	<b>ASMAN</b>		
5 Data di nascita	<b>07/07/1996</b>		
6 Numero identificazione personale	<b>LAISMN96L07Z236M</b>		
7 Numero identificazione dell'istituzione	<b>SSN-MIN SALUTE - 500001</b>		
8 Numero di identificazione della tessera	<b>80380000300471904899</b>	9 Scadenza	<b>15/06/2029</b>