



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 SALO' BS

Dati del datore di lavoro

Denominazione del datore lavoro	
Partita Iva/codice fiscale	
Settore attività/CCNL	
Indirizzo Sede legale	
Referente aziendale	
Tel.: _____ Cel: _____	

Profilo richiesto

Numero di persone da assumere	<u>1</u>
Profilo richiesto (unità professionale secondo classificazione Istat)	<u>ASSISTENZA FAMILIARE</u>
CCNL applicato	<u>COLF</u>
Inquadramento previsto	<u>COLF</u>
Descrizione della mansione o delle mansioni (indicare le principali) <u>ESPERIENZA NEL SETTORE DELL' ASSISTENZA FAMILIARE</u>	
Esperienze nella mansione/settore	☒ Sì ☐ No
Durata (in mesi)	<u>6</u>
Conoscenze tecniche (strumenti/macchinari/attrezzature da utilizzare) <u>NON CI SONO STRUMENTI DA UTILIZZARE</u>	

Titolo di studio LICENZA MEDIA

Conoscenze linguistiche

	scritto	parlato	comprensione (lettura e ascolto)
Italiano	☐	☐	☒
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐

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 15/12/2026

Sede di lavoro Via LUCIANO MIGLIORINI N, 22 VOBARNO BS

Raggiungibile con mezzo pubblico ☒ Sì ☐ No

Orario di lavoro settimanale ☒ Tempo pieno n° ore settimanali 40

☐ Part-time n° ore settimanali _____

In caso di part-time specificare la distribuzione oraria

Orario festivo ☐ Sì ☐ No

Turni (specificare)

Giorno di riposo DOMENICA

Tipologia contrattuale

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

Retribuzione prevista 900,00

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.

Data

04/07/2026

Firma e timbro datore di lavoro




REPUBBLICA ITALIANA
MINISTERO DELL'INTERNO
CARTA DI IDENTITÀ / IDENTITY CARD
 COMUNE DI / MUNICIPALITY
 VOBARNO

CA99569FI

COGNOME / SURNAME
SHAZAD
 NOME / NAME
MUDASAR
 LUOGO E DATA DI NASCITA /
 PLACE AND DATE OF BIRTH
GUIRAT (PAK) 20.02.1987
 SESSO / SEX
M
 STATURA / HEIGHT
176
 EMISSIONE / ISSUING
28.10.2019
 FIRMA DEL TITOLARE /
 HOLDER'S SIGNATURE

CITTADINANZA /
 NATIONALITY
PAK
 SCADENZA / EXPIRY
20.02.2030
307449
 NON VALIDA PER L'ESPATRIO



ITA

PERMESSO DI SOGGIORNO
I21586740

COGNOMI / NOMI / SURNAMES / Forenames
SHAZAD Mudasar

SESSO / SEX
M
 CITTADINANZA / NATIONALITY
PAK
 DATA DI NASCITA / DATE OF BIRTH
20 02 1987
 TIPO DI PERMESSO / TYPE OF PERMIT
SOGGIORNANTE DI LUNGO PERIODO-UE
 SCADENZA DOCUMENTO / CARD EXPIRY
25 10 2033

ANNOTAZIONI / REMARKS
SHZMSR87B20Z236E


RESIDENCE PERMIT

014112



TS

REPUBBLICA ITALIANA
TESSERA SANITARIA
CARTA REGIONALE DEI SERVIZI

Codice Fiscale **SHZMSR87B20Z236E** Sesso **M**

Cognome **SHAZAD**
 Nome **MUDASAR**
 Luogo di nascita **PAKISTAN**

Data di scadenza **18/03/2027** Provincia **EE**
 Data di nascita **20/02/1987**

Dati sanitari regionali



