

**ATTESTAZIONE DATORE DI LAVORO DOMESTICO PER LA RICHIESTA DELL'APE SOCIALE
in relazione alle attività lavorative di cui all'allegato 3 della legge 30 dicembre 2021, n. 234
(art. 48 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Io sottoscritto/a:

| | | | | |
|-----------------|----------------------|---------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Codice Fiscale | <input type="text"/> | Sesso | <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> F |
| Cognome | <input type="text"/> | | | |
| Nome | <input type="text"/> | | | |
| Nato/a il | <input type="text"/> | | | |
| in | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Estero | | |
| Provincia | <input type="text"/> | | | |
| Comune | <input type="text"/> | | | |
| Residente in: | | | | |
| Stato | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Estero | | |
| Provincia | <input type="text"/> | | | |
| Comune | <input type="text"/> | CAP | <input type="text"/> | |
| Indirizzo | <input type="text"/> | n. | <input type="text"/> | |
| Telefono mobile | <input type="text"/> | | | |
| E-mail | <input type="text"/> | | | |
| PEC | <input type="text"/> | | | |

in qualità di datore di lavoro domestico

consapevole della responsabilità penale e delle sanzioni previste in caso di false attestazioni e dichiarazioni mendaci (artt. 47, 48, 71, 73, 75 e 76 D.P.R. n. 445/2000), sotto la mia personale responsabilità

ATTESTO

che il/la Sig.re/ra

| | | | | |
|----------------|----------------------|---------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Codice Fiscale | <input type="text"/> | Sesso | <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> F |
| Cognome | <input type="text"/> | | | |
| Nome | <input type="text"/> | | | |
| Nato/a il | <input type="text"/> | | | |
| in | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Estero | | |
| Provincia | <input type="text"/> | | | |
| Comune | <input type="text"/> | | | |

Residente in:

Stato Estero
Provincia
Comune CAP
Indirizzo n.
Frazione*
Palazzina* sc.* int.* Presso*
Telefono mobile*

L'indirizzo di riferimento è:

Residenza Domicilio diverso dalla residenza*

Eventuale indirizzo diverso dalla residenza:

Stato Estero
Provincia
Comune CAP
Indirizzo n.
Frazione*
Palazzina* sc.* int.* Presso*
Telefono mobile*

è stato/a dipendente, nel rapporto di lavoro domestico n. (Indicare il codice rapporto di lavoro)

_____ dal _____ al _____

- CCNL applicato al rapporto di lavoro _____

- Codice professionale ISTAT specifico della professione _____

per la mia assistenza personale

per l'assistenza personale del/della Sig.re/ra:

Codice Fiscale Sesso M F
Cognome
Nome
Nato/a il / /
in Estero
Provincia
Comune

Residente in:

Stato

Estero

Provincia

Comune

CAP

Indirizzo

n.

persona in condizioni di non autosufficienza attestata con certificazione medica ovvero con verbale di accertamento dell'invalidità civile, delle condizioni visive e della sordità ovvero dello stato di handicap ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104

- Verbale di riconoscimento d'invalidità civile del _____ contenente la dizione: "Invalido con totale e permanente inabilità lavorativa 100% e con impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore (l. 18/1980)"
- Verbale di riconoscimento d'invalidità civile contenente la dizione: "Invalido con totale e permanente inabilità lavorativa 100% e con necessità di assistenza continua, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani (l. 18/1980)"
- Verbale di riconoscimento di cecità assoluta contenente la dizione: "Cieco assoluto (l. 382/1970 e l. 508/1988)"
- Verbale di riconoscimento di sordità contenente la dizione: "Sordo (l. 381/1970 e l. 508/1988)"
- Verbale di riconoscimento dello stato di handicap ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104 contenente la dizione: "Portatore di handicap in situazione di gravità (comma 3, art. 3)"

Luogo e data

Firma del richiedente