**CERTIFICATO DI SERVIZIO**

Sulla scorta degli atti di questa Associazione,

**SI ATTESTA**

Che il/la Sig./ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cod. fisc.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Con riferimento alla POSTAZIONE 118 di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* E’ stato lavoratore dipendente del precedente gestore (rispetto a questa Associazione) del Servizio di trasporto della suddetta Postazione e transitato a questa Associazione in applicazione della clausola sociale con funzioni di Autista/Soccorritore di Ambulanza del 118: si no
* Ha maturato, alla data del 22.06.2020, un’anzianità di servizio di almeno 12 mesi svolgendo le funzioni di Autista/Soccorritore di Ambulanza nella suddetta Postazione del 118: si no
* Ha prestato servizio come lavoratore dipendente dell’Associazione, svolgendo le funzioni di Autista/Soccorritore di Ambulanza nella suddetta Postazione del 118, per i periodi di seguito riportati (compreso il periodo di 12 mesi di cui al precedente accapo):

***FULL-TIME Oppure*** ***PART-TIME*** ***(più del 50% orario settimanale Full-time)***

mesi (cifre)\_\_\_\_\_\_\_\_\_(lettere)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***PART-TIME*** ***(fino al 50% orario settimanale Full-time)***

mesi (cifre)\_\_\_\_\_\_\_\_\_(lettere)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(**ATTENZIONE**)

* Si considera mese intero un periodo pari ad almeno 16 giorni consecutivi)
* Nella determinazione dei periodi di servizio non verranno considerate le interruzioni per assenze non retribuite a vario titolo.

Data e Luogo Timbro e Firma

Rappresentante Legale Associazione