

## SCHEDA COLLABORATORE DOMESTICO

Compilare **tutti i campi** del presente modulo – Il modulo è **compilabile a video**

### DATI DELLO STUDIO

Studio Professionale: \_\_\_\_\_  
Indirizzo: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
Partita IVA: \_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_  
Persona di riferimento: \_\_\_\_\_

### DATI DEL DATORE DI LAVORO

Compilate tutti i campi

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ Sesso:  Maschio  Femmina  
Stato: \_\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_  
Data di nascita: \_\_\_\_\_ Nazionalità: \_\_\_\_\_

Professione: \_\_\_\_\_

#### Residenza

Indirizzo: \_\_\_\_\_  
CAP: \_\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

#### Indirizzo dove si svolge il rapporto di lavoro (se diverso dalla Residenza)

Presso: \_\_\_\_\_  
Indirizzo: \_\_\_\_\_  
CAP: \_\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Il Datore di Lavoro:  E' invalido di guerra o del lavoro con indennità di accompagnamento  
 E' sacerdote secolare di culto cattolico

Il Lavoratore:  Svolge servizio continuato e fruisce di vitto e alloggio  
 E' coniuge del Datore di Lavoro  
 E' parente/affine entro il terzo grado del Datore di Lavoro \_\_\_\_\_  
 Abita con il Datore di Lavoro

**DATI DEL LAVORATORE**  
Compilate tutti i campi

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ Sesso:  Maschio  Femmina

Stato: \_\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_ Nazionalità: \_\_\_\_\_

**Residenza**

Indirizzo: \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Professione: \_\_\_\_\_

**RAPPORTO DI LAVORO**  
Compilate tutti i campi

Data Assunzione: \_\_\_\_\_ Data Cessazione: \_\_\_\_\_

Colf:  Badante:  Ore totali settimanali: \_\_\_\_\_

Suddivisione orario settimanale: Lu \_\_\_\_\_ Ma \_\_\_\_\_ Me \_\_\_\_\_ Gi \_\_\_\_\_ Ve \_\_\_\_\_ Sa \_\_\_\_\_ Do \_\_\_\_\_

Retribuzione:  Come da CCNL Vigente  \_\_\_\_\_ € orarie o mensili

Note \_\_\_\_\_

**Se il rapporto è già in essere comunicare:**

Codice Rapporto di Lavoro INPS: \_\_\_\_\_

TFR accantonato: € \_\_\_\_\_ Ferie Residue: \_\_\_\_\_ (giorni o ore)

**DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE**

- Carta d'identità Datore e Lavoratore
- Codice Fiscale Datore e Lavoratore
- Permesso di Soggiorno (se presente) Datore e Lavoratore

**MODALITA' DI INVIO DELLA PRATICA**

Inviare il presente **Modulo** e, tutta la **documentazione allegata**, con una delle 3 possibili alternative:

- via fax al n. 02.67199707
- la scansione via mail a [info@drcpaghe.it](mailto:info@drcpaghe.it)
- per posta a: DRC Paghe srl - via Imperia, 43 - 20142 Milano