ML-15-01

Comunicazione Obbligatoria Intermittenti

Datore di Lavoro

codice fiscale *

e-mail *

Elenco lavoratori - prestazioni lavorative

Codice Fiscale lavoratore	Codice comunicazione	Data inizio	Data fine

Annullamento ☐ Selezionare la casella per effettuare l'ANNULLAMENTO delle prestazioni sopraindicate.

I campi contrassegnati con * sono obbligatori.

ML-15-01

invia via Email | Stampa