



Roma, 12/06/2020

PROT. N.57 /DV/rs

Ai Presidenti AIC Convenzionate

Alle Società di Servizi Convenzionate

Ai Professionisti Convenzionati

ep.c. Agli IncaricatiCAF

Circolare n.57/ 2020

LORO SEDI

Oggetto: Sanatoria Emersione Lavoro 2020

Carissimi,

dal 01/06/2020 al 15/07/2020 il Decreto Rilancio art. 103 comma 1 prevede la possibilità di presentare domanda di Sanatoria per lavoratori stranieri irregolari presenti sul suolo italiano (attraverso rilievi dattiloscopici) al giorno 08/03/2020 e che si trovano attualmente senza contratto e senza permesso di soggiorno o con permesso di soggiorno scaduto dopo il 31/10/2019.

Per il Caf Aic è un'opportunità di accogliere potenziali clienti, Datori di Lavoro e lavoratori del settore domestico e agricolo

Gli operatori Caf accoglieranno l'utenza per la raccolta della documentazione necessaria alla presentazione delle domande di emersione, per chi non volesse lavorare direttamente la pratica c'è la possibilità di coordinarsi con la sede Nazionale per la gestione dell'istruttoria e del rapporto di lavoro pre-esistente, con l'elaborazione delle buste paga mensili richieste dalle questure come prova dell'esistenza del rapporto lavorativo.

Le buste paga verranno elaborate, anche senza la presenza di una posizione INPS registrata con CRL, che sarà possibile ufficializzare e registrare solo se la domanda di sanatoria sarà andata a buon fine

Il Tariffario per il servizio di consulenza, istruttoria della pratica e gestione delle buste paga e del pre-contratto è di 300 euro Iva compresa.

La sanatoria si divide in:

1) SANATORIA LAVORATORI EXTRACOMUNITARI SENZA PERMESSO DI SOGGIORNO:

La presenta il Datore di lavoro che vuole regolarizzare un rapporto di lavoro già in essere, iniziato prima del 19/05/2020, con un lavoratore extracomunitario non in possesso di un permesso di soggiorno nell'anno 2019 o con un permesso di soggiorno scaduto prima del 31/10/2019, ma che era presente in Italia in maniera certificata alla data del 08/03/2020.

Il **DATORE DI LAVORO** deve pagare un contributo di 500 euro con il modello **F24 ELIDE**(codice tributo REDT).

Per una corretta compilazione del modello sopra indicato seguire le indicazioni riportate:

- Nella sezione CONTRIBUENTE indicare i dati anagrafici del datore di lavoro
- Nella sezione ERARIO ED ALTRO indicare la lettera R
- Nella sezione ELEMENTI IDENTIFICATIVI inserire il codice fiscale del lavoratore oppure in mancanza di codice fiscale inserire i primi 17 caratteri del numero di passaporto o di documento equivalente (il modello accetta anche caratteri inferiori a 17)
- Nella sezione ANNO DI RIFERIMENTO inserire il valore 2020
- Nella sezione IMPORTI A DEBITO inserire 500,00 €

I documenti da raccogliere sono:

- COPIA DOCUMENTO DI IDENTITA' O PASSAPORTO (in caso di datore extracomunitario)
- COPIA CODICE FISCALE
- COPIA DI PERMESSO DI SOGGIORNO IN CASO DI DATORE DI LAVORO EXTRACOMUNITARIO
- DICHIARAZIONE DEI REDDITI O MODELLO CU
- RICEVUTA DEL VERSAMENTO DEL MODELLO F24 ELIDE CON IMPORTO DI 500€
- MARCA DA BOLLO DI 16 EURO
- DOCUMENTAZIONE RELATIVA AL REDDITO DEL DATORE DI LAVORO.

Per il settore degli ASSISTENTI DOMESTICI a persone non autosufficienti o familiari il datore di lavoro, oltre la normale documentazione, dovrà esibire :

- CERTIFICAZIONE DELLA STRUTTURA SANITARIA PUBBLICA O DEL MEDICO CONVENZIONATO SSN, RILASCIATA IN DATA ANTECEDENTE ALL'INOLTRO DELLA DOMANDA, CHE ATTESTI LA LIMITAZIONE DELL'AUTOSUFFICIENZA (nel caso in cui la dichiarazione riguardi l'attività di assistenza alla persona)
- DICHIARAZIONE DI OSPITALITÀ
- PROPOSTA CONTRATTO DI LAVORO

Si precisa che il datore di lavoro che intende far emergere un rapporto di lavoro in ambito domestico o di assistenza alla persona deve avere un reddito imponibile di almeno 20000€ nell'anno 2019 in caso nel nucleo familiare sia il solo percettore di reddito, e di 27000€ nel

caso nel nucleo familiare ci fossero più persone che percepiscono un reddito. Sono considerati i redditi esenti (es. compagno, invalidità) per il raggiungimento del reddito necessario. Questi limiti reddituali vengono meno in presenza di invalidità certificata dalla legge 104 art.3 comma 3

Per il settore dell'AGRICOLTURA il datore di lavoro, oltre la normale documentazione, dovrà esibire :

- Iscrizione C.C.I.A.A.
- Iscrizione INAIL
- P. IVA E CODICE FISCALE
- MATRICOLA INPS
- BILANCIO DI
- DICHIARAZIONE DI OSPITALITA'
- PROPOSTA CONTRATTO DI LAVORO

Per il settore agricoltura l'ammissione alla procedura di emersione è condizionata all'attestazione del possesso, da parte del datore di lavoro persona fisica, ente o società, di un reddito imponibile o di un fatturato risultante dall'ultima dichiarazione dei redditi o dal bilancio di esercizio precedente non inferiore a 30.000,00 euro annui

2) SANATORIA LAVORATORI EXTRACOMUNITARI CON PERMESSO SCADUTO DOPO 31/10/2019:

La presenta il **LAVORATORE** che aveva già un permesso di soggiorno scaduto dopo il 31/10/2019 e presente in Italia in maniera certificata alla data del 08/03/2020

Il **LAVORATORE** deve pagare un contributo di 130 euro con il modello **F24 ELIDE**(codice tributo RECT).

Per una corretta compilazione del modello sopra indicato seguire le indicazioni riportate:

- Nella sezione CONTRIBUENTE indicare i dati anagrafici del lavoratore
- Nella sezione ERARIO ED ALTRO indicare la lettera R
- Nella sezione ELEMENTI IDENTIFICATIVI non inserire nulla
- Nella sezione ANNO DI RIFERIMENTO inserire il valore 2020
- Nella sezione IMPORTI A DEBITO inserire 130,00 €

I documenti da raccogliere sono:

- COPIA PASSAPORTO O ALTRO DOCUMENTO EQUIPOLLENTE (attestazione identità rilasciata da Consolato o Ambasciata)
- COPIA DOCUMENTO DI IDENTITA'
- COPIA CODICE FISCALE
- COPIA DI PERMESSO DI SOGGIORNO SCADUTO DOPO IL 31/10/2019 O DENUNCIA DI SMARRIMENTO/FURTO

- DOCUMENTAZIONE ATTESTANTE LA PRESENZA IN ITALIA AL GIORNO 08/03/2020
- DOCUMENTAZIONE ATTESTANTE ATTIVITA' LAVORATIVA NEI SETTORI INDICATI DALLA NORMA INIZIATA PRIMA DEL 19/05/2020
- RICEVUTA PAGAMENTO MODELLO F24 ELIDE DI 130,00€
- MARCA DA BOLLO DI 16 EURO

Le Istanze verranno trasmesse alle Questure di competenza, che convocheranno il datore di lavoro ed il lavoratore per l'esibizione della documentazione originale, la sottoscrizione del Contratto di Soggiorno, il modulo di richiesta del Permesso di Soggiorno e l'invio della comunicazione di assunzione. Il Permesso di Soggiorno avrà una validità di 6 mesi.

NB. La presenza di carichi penali pendenti sia per datore di lavoro che per il lavoratore comporterà il rigetto automatico della domanda e si fa presente che le somme di 500€ o 130 € non verranno rimborsate qualora l'esito dell'istanza fosse negativo e non sono detraibili/deducibili a livello fiscale.

ELENCO DOCUMENTI ATTESTANTI PRESENZA IN ITALIA ED ATTIVITA' LAVORATIVA

1. Certificazione rilasciata dal competente Centro per l'Impiego;
2. Contratto di lavoro;
3. Cedolino di paga;
4. Estratto conto previdenziale;
5. Modello Unilav di assunzione, trasformazione e/o cessazione del rapporto di lavoro;
6. Certificazione unica;
7. Stampa dell'estratto conto bancario o postale dal quale risulti l'accredito del pagamento della retribuzione;
8. Fotocopia di assegno bancario emesso per corrispondere la retribuzione;
9. Quietanze cartacee relative al pagamento di emolumenti attinenti il rapporto di lavoro;
10. Bollettini di pagamento dei contributi Inps per lavoro domestico, oppure estratto conto contributivo del lavoratore e/o del datore di lavoro dal portale Inps;
11. Attestazione di pagamento dei contributi per lavoro domestico mediante sistema PagoPA stampata dal portale Inps;
12. Comunicazione di posta elettronica e/o di short message service (SMS) e MyINPS, relative allo svolgimento della prestazione di lavoro occasionale in ambito domestico;
13. Prospetti paga mensili o attestazioni inerenti prestazioni di lavoro occasionale in ambito agricolo;
14. Documento di iscrizione al registro di gente di mare;
15. Convenzione di arruolamento;
16. Comunicazione Unimare;
17. Iscrizione nel ruolo di equipaggio dell'imbarcazione;
18. Foglio di ricognizione di imbarchi e sbarchi
19. Foglio di paga (per il settore della pesca).
20. Dichiarazione di ospitalità, o qualunque dichiarazione attestante l'abitazione;
21. Dichiarazione di presenza al giorno 08/03/2020 da rilievi dattiloscopici provenienti da organismi pubblici

DICHIARAZIONE LIBERATORIA DI RESPONSABILITÀ

IL SOTTOSCRITTO/A

COGNOME:

NOME:

RESIDENTE IN:

VIA:

CAP:

PROVINCIA:

TEL.ABITAZIONE _____ CELLULARE _____ E-MAIL _____

In relazione alla consulenza e assistenza relative alla richiesta di emersione 2020 da presentarsi mediante procedura telematica

DICHIARA

1. di sollevare gli operatori del Caf Aic Srl da qualsiasi responsabilità inerente la consulenza e assistenza relative alla presentazione della Sanatoria "Emersioni Rapporti di Lavoro" Articolo 103 D.L.N. 34 del 19/05/2020 consapevole che l'invio della richiesta è effettuato a titolo del tutto personale con le responsabilità che da essa derivano.
2. di essere consapevole che qualora dovesse essere presentata documentazione non idonea, la domanda potrà avere esito negativo, di cui il Caf Aic Srl non avranno alcuna responsabilità
3. di avere attentamente letto e valutato il contenuto del presente documento e di avere compreso chiaramente il significato di ogni singolo punto prima di sottoscriverlo.

Luogo __ / __ / 2020

Firma _____

DICHIARA

Ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 " e del GDPR (Regolamento UE 2016/679), il sottoscritto dichiara di autorizzare il Caf Aic Srl al trattamento ed al consenso dei propri dati personali .

Il trattamento dei dati per le finalità di cui sopra è obbligatorio e l'eventuale rifiuto del richiedente preclude l'accesso al servizio.

I dati potranno essere archiviati su supporti informatici e cartacei nel rispetto della normativa vigente e con logiche strettamente correlate alle finalità di cui sopra.

I dati potranno essere comunicati solamente alle autorità competenti

Luogo __ / __ / 2020

Firma _____

Per chi volesse procedere autonomamente di seguito una guida dimostrativa per la compilazione della domanda, il modulo cartaceo del SUI (Sportello Unico Immigrazione) , un modello F24 fac-simile esplicativo per la compilazione del modulo da consegnare al cliente e la scheda raccolta dati per l'apertura ed assunzione di Colf e Badanti. Il sito per l'invio online della sanatoria è :

<https://nullaostalavoro.dlci.interno.it>

Attivo dal giorno 01/06/2020 al 15/07/2020 fino alle ore 22

Il procedimento, strutturato in 17 campi, richiede i dati anagrafici del datore di lavoro, del lavoratore e del pagamento effettuato

Vai alla Home page

Compilazione Domanda

Modulo EM-DOM_2020

dynameis@aruba.it

Sportello unico immigrazione

Richiesta Moduli

Domande

Tutte

Da Completare

Da Inviare

Inviare

Eliminare

Prenotazione Appuntamenti

Comunicazioni

Accordo Integrazione

Cittadinanza

Le mie Pratiche

FAQ & Help Desk

Esci

Modulo EM-DOM_2020

Documenti informativi associati:

Istruzioni di compilazione

Manuale Utente

Video Tutorial (Per una corretta visione effettuare il download del file ed estrarre il contenuto)

Guida Introduttiva

Controllo Domanda Anteprema << Indietro Avanti >> Esci dalla Domanda Salva Invia

Vai alla sezione: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17

Soggetto richiedente

Tipologia richiedente Persona fisica

Lista Enti - Selezione -

Disabilita Controllo Pagina

Controllo Domanda Anteprema << Indietro Avanti >> Esci dalla Domanda Salva Invia

Vai alla Home page

Compilazione Domanda

Modulo EM-DOM_2020

dynameis@aruba.it

Sportello unico immigrazione

Richiesta Moduli

Domande

Tutte

Da Completare

Da Inviare

Eliminare

Prenotazione Appuntamenti

Comunicazioni

Accordo Integrazione

Cittadinanza

Le mie Pratiche

FAQ & Help Desk

Esci

Modulo EM-DOM_2020

Documenti informativi associati:

Istruzioni di compilazione

Manuale Utente

Video Tutorial (Per una corretta visione effettuare il download del file ed estrarre il contenuto)

Guida Introduttiva

Controllo Domanda Anteprema << Indietro Avanti >> Esci dalla Domanda Salva Invia

Vai alla sezione: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17

Dati dell'ente richiedente

Denominazione sociale

Codice fiscale

P.I.

Matricola INPS

Iscritta ad INAIL - Selezione -

Codice INAIL

Codice controllo INAIL

Voce Tariffa

iscr.C.C.I.A.A. di prov - Selezione -

n.iscr.C.C.I.A.A.

iscr. in data

Indirizzo della sede

n. civico

Provincia - Selezione -

Comune

CAP

Disabilita Controllo Pagina

Controllo Domanda Anteprema << Indietro Avanti >> Esci dalla Domanda Salva Invia

Vai alla Home page

Sportello unico immigrazione

Richiesta Moduli

Domande

Tutte

Da Completare

Da Inviare

Inviare

Eliminare

Prenotazione Appuntamenti

Comunicazioni

Accordo Integrazione

Cittadinanza

Le mie Pratiche

FAQ & Help Desk

Esci

Modulo EM-DOM_2020

Documenti informativi associati:

Istruzioni di compilazione

Manuale Utente

Video Tutorial (Per una corretta visione
effettuare il download del file ed estrarre il
contenuto)

Guida Introductiva

Compilazione Domanda

Modulo EM-DOM_2020

Controllo Domanda Antepresa << Indietro >> Esci dalla Domanda Salva Invia

Vai alla sezione :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17

Dati del datore di lavoro / Rappresentante legale (1/2)

Cognome

Nome

Nato il

Sesso M

Stato di nascita Italia

Provincia di nascita Roma

Città di nascita ROMA

Luogo di nascita estero

Codice fiscale

Provincia di residenza Roma

Residente in

Via

Numero civico

CAP 00010

Disabilita Controllo Pagina

Controllo Domanda Antepresa << Indietro >> Esci dalla Domanda Salva Invia

Vai alla Home page

Sportello unico immigrazione

Richiesta Moduli

Domande

Tutte

Da Completare

Da Inviare

Inviare

Eliminare

Prenotazione Appuntamenti

Comunicazioni

Accordo Integrazione

Cittadinanza

Le mie Pratiche

FAQ & Help Desk

Esci

Modulo EM-DOM_2020

Documenti informativi associati:

Istruzioni di compilazione

Manuale Utente

Video Tutorial (Per una corretta visione
effettuare il download del file ed estrarre il
contenuto)

Guida Introductiva

Compilazione Domanda

Modulo EM-DOM_2020

Controllo Domanda Antepresa << Indietro >> Esci dalla Domanda Salva Invia

Vai alla sezione :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17

Dati del datore di lavoro / Rappresentante legale (2/2)

Cittadinanza (Stato) Italia

In possesso di attestato di iscrizione anagrafica(D.Lgs. n.30/2007)

Documento di identità

Tipo del documento

Data di rilascio

Numero dei documenti

Rilasciato da

Data di scadenza

Titolare di

Scadenza del titolo di soggiorno
posseduto

Numero del permesso posseduto

Per motivi di

Tipo richiesta

Data richiesta

Disabilita Controllo Pagina

Controllo Domanda Antepresa << Indietro >> Esci dalla Domanda Salva Invia

Vai alla Home page

Compilazione Domanda

Modulo EM-DOM_2020

Sportello unico immigrazione

Richiesta Moduli

Domande

Tutte

Da Completare

Da Inviare

Inviato

Eliminate

Prenotazione Appuntamenti

Comunicazioni

Accordo Integrazione

Cittadinanza

Le mie Pratiche

FAQ & Help Desk

Esci

Richiedi Moduli

Domande

Tutte

Da Completare

Da Inviare

Inviato

Eliminate

Prenotazione Appuntamenti

Comunicazioni

Accordo Integrazione

Cittadinanza

Le mie Pratiche

FAQ & Help Desk

Esci

Modulo EM-DOM_2020

Documenti informativi associati:

 Istruzioni di compilazione

 Manuale Utente

 Video Tutorial (Per una corretta visione effettuare il download del file ed estrarre il contenuto)

 Guida Introduttiva

Controllo Domanda Anteprema << Indietro Avanti >> Esci dalla Domanda Salva Invia

Vai alla sezione: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17

Recapiti dove il datore di lavoro intende ricevere eventuali comunicazioni

Indirizzo
n. civico
Provincia Roma
Comune
CAP
Telefono/Tel. Cellulare
Email/PEC

Disabilita Controllo Pagina

Controllo Domanda Anteprema << Indietro Avanti >> Esci dalla Domanda Salva Invia

Vai alla Home page

Compilazione Domanda

Modulo EM-DOM_2020

Sportello unico immigrazione

Richiesta Moduli

Domande

Tutte

Da Completare

Da Inviare

Inviato

Eliminate

Prenotazione Appuntamenti

Comunicazioni

Accordo Integrazione

Cittadinanza

Le mie Pratiche

FAQ & Help Desk

Esci

Richiedi Moduli

Domande

Tutte

Da Completare

Da Inviare

Inviato

Eliminate

Prenotazione Appuntamenti

Comunicazioni

Accordo Integrazione

Cittadinanza

Le mie Pratiche

FAQ & Help Desk

Esci

Modulo EM-DOM_2020

Documenti informativi associati:

 Istruzioni di compilazione

 Manuale Utente

 Video Tutorial (Per una corretta visione effettuare il download del file ed estrarre il contenuto)

 Guida Introduttiva

Controllo Domanda Anteprema << Indietro Avanti >> Esci dalla Domanda Salva Invia

Vai alla sezione: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17

Dati del lavoratore (1/2)

Cognome
Nome
Nato il
Sesso - Selezione -
Stato di nascita Albania
Provincia di nascita - Selezione -
Citta di nascita
Luogo di nascita estero
Codice fiscale (se già in possesso del lavoratore)
Stato civile - Selezione -

Disabilita Controllo Pagina

Controllo Domanda Anteprema << Indietro Avanti >> Esci dalla Domanda Salva Invia

Vai alla Home page

Compilazione Domanda

dynamis@aruba.it

Modulo EM-DOM_2020

Sportello unico immigrazione

Richiesta Moduli

Domande

Tutte

Da Completare

Da Inviare

Inviato

Eliminate

Prenotazione Appuntamenti

Comunicazioni

Accordo Integrazione

Cittadinanza

Le mie Pratiche

FAQ & Help Desk

Eaci

Modulo EM-DOM_2020

Documenti informativi associati:

Istruzioni di compilazione

Manuale Utente

Video Tutorial (Per una corretta visione effettuare il download del file ed estrarne il contenuto)

Guida Introduttiva

Controllo Domanda Antepresenta << Indietro Avanti >> Esci dalla Domanda Salva Invia

Vai alla sezione: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17

Dati del lavoratore (2/2)

Cittadinanza Albania

Documento di identità

Tipo del documento Passaporto ordinario

Numero del documento

Data di rilascio

Rilasciato da - Seleziona -

Data di scadenza

Numero di permesso di soggiorno eventualmente posseduto

Per motivi di

Scadenza

Avviso: Il passaporto o altro documento equipollente in corso di validità, deve essere esibita dallo straniero al momento della convocazione presso lo Sportello Unico per l'immigrazione.

Disabilita Controllo Pagina

Controllo Domanda Antepresenta << Indietro Avanti >> Esci dalla Domanda Salva Invia

Vai alla Home page

Compilazione Domanda

Modulo EM-DOM_2020

Sportello unico immigrazione

Richiesta Moduli

Domande

Tutte

Da Completare

Da Inviare

Inviato

Eliminate

Prenotazione Appuntamenti

Comunicazioni

Accordo Integrazione

Cittadinanza

Le mie Pratiche

FAQ & Help Desk

Esci

Modulo EM-DOM_2020

Documenti informativi associati:

Istruzioni di compilazione

Manuale Utente

Video Tutorial (Per una corretta visione effettuare il download del file ed estrarre il contenuto)

Guida Introduttiva

Controllo Domanda Antepresenta << Indietro Avanti >> Esci dalla Domanda Salva Invia

Vai alla sezione: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17

Recapiti dove il lavoratore intende ricevere eventuali comunicazioni

Indirizzo

n. civico

Provincia - Selezione -

Comune

CAP

Telefono/Tel.Celulare

E-Mail

Disabilita Controllo Pagina

Controllo Domanda Antepresenta << Indietro Avanti >> Esci dalla Domanda Salva Invia

Il campo in grigio non deve essere compilato

Vai alla Home page

Compilazione Domanda

Modulo EM-DOM_2020

Sportello unico immigrazione

Richiesta Moduli

Domande

Tutte

Da Completare

Da Inviare

Inviato

Eliminate

Prenotazione Appuntamenti

Comunicazioni

Accordo Integrazione

Cittadinanza

Le mie Pratiche

FAQ & Help Desk

Esci

Modulo EM-DOM_2020

Documenti informativi associati:

Istruzioni di compilazione

Manuale Utente

Video Tutorial (Per una corretta visione effettuare il download del file ed estrarre il contenuto)

Guida Introduttiva

Controllo Domanda Antepresenta << Indietro Avanti >> Esci dalla Domanda Salva Invia

Vai alla sezione: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17

Proposta di contratto di soggiorno per lavoro subordinato domestico

Lavoro domestico Collaboratore familiare

Convivenza non convivente

Livello-categoria A

Tipologia contratto Tempo indeterminato

Mesi di lavoro - Selezione -

Orario lavoro settimanale 25

Dati della persona assistita

Nome

Cognome

Luogo di nascita

Nato il

Disabilita Controllo Pagina

Controllo Domanda Antepresenta << Indietro Avanti >> Esci dalla Domanda Salva Invia

Vai alla Home page

Compilazione Domanda

Modulo EM-DOM_2020

Sportello unico immigrazione

Richiesta Moduli

Domande

Tutte

Da Completare

Da Inviare

Inviare

Eliminare

Prenotazione Appuntamenti

Comunicazioni

Accordo Integrazione

Cittadinanza

Le mie Pratiche


FAQ & Help Desk

Esce

Esce


Modulo EM-DOM_2020

Documenti informativi associati:

 Istruzioni di compilazione

 Manuale Utente

 Video Tutorial (Per una corretta visione effettuare il download del file ed estrarne il contenuto)

 Guida Introduttiva

Controllo Domanda Anteprema << Indietro Avanti >> Esci dalla Domanda Salva Invia

Vai alla sezione: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17

Località di impiego del lavoratore

Provincia Roma
Comune
Indirizzo
n civico 6
CAP

Disabilita Controllo Pagina

Controllo Domanda Anteprema << Indietro Avanti >> Esci dalla Domanda Salva Invia

Vai alla Home page

Sportello unico immigrazione

Richiesta Moduli

Domande

Tutte

Da Completare

Da Inviare

Inviato

Eliminato

Prenotazione Appuntamenti

Comunicazioni

Accordo Integrazione

Cittadinanza

Le mie Pratiche

FAQ & Help Desk

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Compilazione Domanda

Modulo EM-DOM_2020

Controllo Domanda Antepriama << Indietro Avanti >> Esci dalla Domanda Salva Invia

Vai alla sezione: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17

Sistemazione alloggiativa del lavoratore

Provincia Roma

Comune

Indirizzo

n civico

CAP

In locazione a carico del datore NO

Decurtazione dallo stipendio

Per importo di €

Disabilita Controllo Pagina

Controllo Domanda Antepriama << Indietro Avanti >> Esci dalla Domanda Salva Invia

Modulo EM-DOM_2020

Documenti informativi associati:

Istruzioni di compilazione

Manuale Utente

Video Tutorial (Per una corretta visione effettuare il download del file ed estrarre il contenuto)

Guida Introduttiva

Vai alla Home page

Sportello unico immigrazione

Richiesta Moduli

Domande

Tutte

Da Completare

Da Inviare

Inviato

Eliminato

Prenotazione Appuntamenti

Comunicazioni

Accordo Integrazione

Cittadinanza

Le mie Pratiche

FAQ & Help Desk

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Esci

Compilazione Domanda

Modulo EM-DOM_2020

Controllo Domanda Antepriama << Indietro Avanti >> Esci dalla Domanda Salva Invia

Vai alla sezione: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17

Al fini della richiesta il datore di lavoro dichiara (1/2)

di occupare alla data della richiesta:

N° Dipendenti 1

attesta il possesso di un reddito imponibile annuo risultante dall'ultima dichiarazione redditi

non inferiore a € 27.000 in quanto nucleo familiare composto da più soggetti conviventi percettori di reddito

Il reddito proveniente da titolare di reddito agricolo, risultante anche da dichiarazione IVA, Irap, da contributi comunitari eventualmente ricevuti, deve essere documentato dagli organismi erogatori; nell'ipotesi di possesso di reddito esente, la capacità economica potrà essere desunta dalle attestazioni rilasciate dagli enti erogatori.

Disabilita Controllo Pagina

Controllo Domanda Antepriama << Indietro Avanti >> Esci dalla Domanda Salva Invia

Modulo EM-DOM_2020

Documenti informativi associati:

Istruzioni di compilazione

Manuale Utente

Video Tutorial (Per una corretta visione effettuare il download del file ed estrarre il contenuto)

Guida Introduttiva

[Vai alla Home page](#)

Compilazione Domanda

dynamis@aruba.it

Modulo EM-DOM_2020

Sportello unico immigrazione

[Richiesta Moduli](#)

[Domande](#)

[Tutte](#)

[Da Completare](#)

[Da Inviare](#)

[Inviate](#)

[Eliminate](#)

[Prenotazione Appuntamenti](#)

[Comunicazioni](#)

[Accordo Integrazione](#)

[Cittadinanza](#)


[Le mie Pratiche](#)

[FAQ & Help Desk](#)


[Esci](#)

Modulo EM-DOM_2020

Documenti informativi associati:

 [Istruzioni di compilazione](#)

 [Manuale Utente](#)

 [Video Tutorial \(Per una corretta visione effettuare il download del file ed estrarre il contenuto\)](#)

 [Guida Introduttiva](#)

Controllo Domanda Anteprema << Indietro Avanti >> Esci dalla Domanda Salva Invia

Vai alla sezione : [1](#) [2](#) [3](#) [4](#) [5](#) [6](#) [7](#) [8](#) [9](#) [10](#) [11](#) [12](#) [13](#) [14](#) [15](#) [16](#) [17](#)

Al fini della presente richiesta (2/2)

Si dichiara che la persona assistita è affetta da patologie o handicap che ne limitano l'autosufficienza e si impegna a produrre certificazione della struttura sanitaria pubblica o del medico convenzionato con il S.S.N.N. rilasciato in data sotto indicata che ne attesta la limitazione dell'autosufficienza

Il datore di lavoro si impegna a corrispondere una retribuzione mensile lorda non inferiore a quanto previsto dal contratto collettivo nazionale e, comunque, non inferiore al minimo previsto per l'assegno sociale

Disabilita Controllo Pagina

Controllo Domanda Anteprema << Indietro Avanti >> Esci dalla Domanda Salva Invia

Vai alla Home page

Compilazione Domanda

dynameis@aruba.it

Modulo EM-DOM_2020

Sportello unico immigrazione

Richiesta Moduli

Domande

Tutte

Da Completare

Da Inviare

Inviare

Eliminare

Prenotazione Appuntamenti

Comunicazioni

Accordo Integrazione

Cittadinanza

Le mie Pratiche

FAQ & Help Desk

Eaci

Modulo EM-DOM_2020

Documenti informativi associati:

Istruzioni di compilazione

Manuale Utente

Video Tutorial (Per una corretta visione effettuare il download del file ed estrarre il contenuto)

Guida Introduttiva

Controllo Domanda Anteprema << Indietro Avanti >> Esci dalla Domanda Salva Invia

Vai alla sezione: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17

Imposta di bollo (€ 16.00)
Estremi della marca da bollo telematica

Data pagamento 01 06 2020

AVVERTENZA

L'attestazione di pagamento del contributo forfetario e dell'imposta di bollo, dovranno essere esibiti allo Sportello Unico per l'immigrazione all'atto della convocazione

Disabilita Controllo Pagina

Controllo Domanda Anteprema << Indietro Avanti >> Esci dalla Domanda Salva Invia



Vai alla Home page

Compilazione Domanda

dynameis@aruba.it

Modulo EM-DOM_2020

Sportello unico immigrazione

Richiesta Moduli

Domande

Tutte

Da Completare

Da Inviare

Inviare

Eliminare

Prenotazione Appuntamenti

Comunicazioni

Accordo Integrazione

Cittadinanza

Le mie Pratiche

FAQ & Help Desk

Eaci

Modulo EM-DOM_2020

Documenti informativi associati:

Istruzioni di compilazione

Manuale Utente

Video Tutorial (Per una corretta visione effettuare il download del file ed estrarre il contenuto)

Guida Introduttiva

Controllo Domanda Anteprema << Indietro Avanti >> Esci dalla Domanda Salva Invia

Vai alla sezione: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17

CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI SPECIFICAMENTE PREVISTE DALL'ART.103 DEL DECRETO LEGISLATIVO N.34/2020,
IL SOTTOSCRITTO CONFERMA LA VERIDICITA' DEI DATI INSERITI E DELLE DICHIARAZIONI FORMULATE E CONFERMA L'ASSUNZIONE DEGLI IMPEGNI SOPRA RIPORTATI

Conferma

Disabilita Controllo Pagina

Controllo Domanda Anteprema << Indietro Avanti >> Esci dalla Domanda Salva Invia



MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV.

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

DATI ANAGRAFICI

data di nascita

giorno mese anno

Sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

comune

prov.

via e numero civico

DOMICILIO FISCALE

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

codice identificativo

SEZIONE ERARIO ED ALTRO

codice ufficio

codice atto

tipo

elementi identificativi

codice

anno di riferimento

importi a debito versati

R

RED T

2020

500,00

FIRMA

SALDO FINALE

EURO +

500,00

ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

AZIENDA

CAB/SPORETELLO

Pagamento effettuato con assegno

bancario/postale

n.ro

circolare/vaglia postale

tratto/emesso su

cod. ABI

CAB

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV.

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

DATI ANAGRAFICI

data di nascita

giorno mese anno

Sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

comune

prov.

via e numero civico

DOMICILIO FISCALE

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

codice identificativo

SEZIONE ERARIO ED ALTRO

codice ufficio

codice atto

tipo

elementi identificativi

codice

anno di riferimento

importi a debito versati

R

REDT

2020

500,00

SALDO FINALE

EURO +

500,00

ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

AZIENDA

CAB/SPORETELLO

Pagamento effettuato con assegno

bancario/postale

n.ro

circolare/vaglia postale

tratto/emesso su

cod. ABI

CAB

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV.

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

DATI ANAGRAFICI

data di nascita

giorno mese anno

Sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

comune

prov.

via e numero civico

DOMICILIO FISCALE

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

codice identificativo

SEZIONE ERARIO ED ALTRO

codice ufficio

codice atto

tipo

elementi identificativi

codice

anno di riferimento

importi a debito versati

R

RED T

2020

500,00

SALDO FINALE

EURO +

500,00

ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

AZIENDA

CAB/SPORETELLO

Pagamento effettuato con assegno

bancario/postale

n.ro

circolare/vaglia postale

tratto/emesso su

cod. ABI

CAB



Istanza ai sensi dell'art. 103 - comma 1 del Decreto Legge 19 maggio 2020 n. 34, per i settori di attività di cui al comma 3 - lettere b e c del medesimo articolo (assistenza alla persona per se stessi o per componenti della propria famiglia, lavoro domestico di sostegno al bisogno familiare)

**Allo Sportello Unico
per
l'Immigrazione
competente**

Modulo EM-DOM_2020

ATTENZIONE

La presente non ha valore di ricevuta: per avviare l'iter di richiesta di emersione dal lavoro irregolare è necessario inoltrare telematicamente il modello informatico compilato in tutte le sue parti.

ALLO SPORTELLINO UNICO PER L'IMMIGRAZIONE COMPETENTE

IL SOTTOSCRITTO DATORE DI LAVORO

Consapevole delle sanzioni penali specificamente previste sia nei confronti di chiunque presenti una falsa dichiarazione al fine di eludere le disposizioni in materia di immigrazione, sia in caso di dichiarazioni mendaci o non veritiere, in tutto o in parte, nonchè di formazione o uso di atti falsi

PRESENTA

Istanza ai sensi dell'art. 103 - comma 1 del Decreto Legge 19 maggio 2020 n. 34, per i settori di attività di cui al comma 3 - lettere b e c del medesimo articolo (assistenza alla persona per se stessi o per componenti della propria famiglia, lavoro domestico di sostegno al bisogno familiare)

FORNISCE I SEGUENTI DATI

Il Sottoscritto

Dichiaro che alla data di seguito indicata, occupavo irregolarmente alle proprie dipendenze il cittadino straniero avanti indicato e continuo ad occuparlo alla data di presentazione della presente domanda

Data /

a tal proposito dichiaro di aver versato

il contributo forfetario di 500 € mediante F24 in data /

Intendo concludere un contratto di lavoro subordinato con il cittadino straniero avanti indicato

a tal proposito dichiaro di aver versato

il contributo forfetario di 500 € mediante F24 in data /

Dichiaro inoltre

che il lavoratore dall'8 marzo 2020 non ha lasciato il territorio nazionale ed è stato sottoposto ai rilievi fotodattiloscopici prima di tale data; ovvero ha soggiornato nel territorio italiano prima dell'8 marzo 2020 come da dichiarazione di presenza resa ai sensi della L. 28/05/2007 n. 68, o da attestazioni costituite da documentazione di data certa proveniente da organismi pubblici che lo scrivente si impegna a consegnare presso lo Sportello Unico per l'Immigrazione in fase di sottoscrizione del contratto di soggiorno.

E si impegna

nei confronti dello Stato, al pagamento delle spese di viaggio per il rientro del lavoratore nel paese di provenienza nel caso di espulsione coattiva

a fornire al lavoratore straniero un alloggio che rientri nei parametri minimi previsti dalla legge regionale per gli alloggi di edilizia residenziale pubblica

a corrispondere una retribuzione mensile lorda non inferiore a quanto previsto dal contratto collettivo di lavoro di riferimento stipulato dalle organizzazioni sindacali e datoriali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale

FORNISCE I SEGUENTI DATI

SOGGETTO RICHIEDENTE

Tipologia richiedente /

Lista Enti /

DATI DELLA DITTA RICHIEDENTE

Denominazione sociale /

Codice fiscale /

P.I. /

Matricola INPS /

Iscritta ad INAIL /

Codice controllo INAIL /

Codice INAIL /

Voce Tariffa /

iscr.C.C.I.A.A. di prov /

n.iscr.C.C.I.A.A. /

iscr. in data /

Indirizzo della sede /

n. civico /

Provincia /

Comune /

CAP /

DATI DEL DATORE DI LAVORO / RAPPRESENTANTE LEGALE

Cognome /

Nome /

Nato/a il / Sesso /

Stato di nascita /

Provincia di nascita / Città di nascita /

Luogo di nascita estero /

Codice Fiscale / Provincia di residenza /

Residente in /

Via / Numero civico /

CAP /

Cittadinanza (Stato) /

Documento di identità

Tipo documento /

Data di rilascio / Numero del documento /

Rilasciato da / Data scadenza /

Titolare di /

Scadenza del titolo di soggiorno posseduto /

Numero del permesso posseduto /

Per motivi di /

Tipo richiesta / Data richiesta /

RECAPITI DOVE IL DATORE DI LAVORO INTENDE RICEVERE EVENTUALI COMUNICAZIONI

Indirizzo /

n. civico /

Provincia / Comune /

CAP /

Telefono/Tel. Cellulare /

Email/PEC /

Dati del Lavoratore

Cognome /

Nome /

Nato/a il / Sesso /

Stato di nascita / Provincia di nascita /

Città di nascita /

Luogo di nascita estero /

Codice fiscale (se già in possesso del lavoratore) /

Stato civile / Cittadinanza /

Documento di identità

Tipo documento /

Data di rilascio / Numero del documento /

Rilasciato da / Data scadenza /

Numero di permesso di soggiorno eventualmente posseduto /

per motivi di / Data scadenza /

Avviso: Il passaporto o altro documento equipollente in corso di validità, deve essere esibita dallo straniero al momento della convocazione presso lo Sportello Unico per l'Immigrazione.

Proposta di contratto di soggiorno per lavoro subordinato domestico

Lavoro domestico /

Livello-categoria / Tipologia contratto /

Mesi di lavoro / Convivenza /

Orario lavoro settimanale /

Dati della persona assistita

Nome /

Cognome /

Luogo di nascita /

Nato/a il /

Località di impiego del lavoratore

Provincia / Comune /
Indirizzo / n. civico / CAP /

Sistemazione alloggiativa del lavoratore

Provincia / Comune /
Indirizzo / n. civico / CAP /
In locazione a carico del datore /
Decurtazione dallo stipendio / Per importo di € /

Recapiti dove il lavoratore intende ricevere eventuali comunicazioni

Indirizzo /
n. civico /
Provincia / Comune /
CAP /
Telefono/Tel.Cellulare /
Email /

**Ai fini della richiesta il datore di lavoro
dichiara****Persona Fisica**

di occupare alla data della richiesta: N° Dipendenti /
attesta il possesso di un reddito imponibile annuo risultante dall'ultima dichiarazione redditi
non inferiore a /

Persona Giuridica

di occupare alla data della richiesta: N°_Dipendenti /
attesta il possesso di un reddito imponibile annuo o di un fatturato risultante dall'ultima dichiarazione dei redditi
o dal bilancio di esercizio precedente
non inferiore a /

Si dichiara che la persona assistita è affetta da patologie o handicap che ne limitano l'autosufficienza e si impegna a produrre certificazione della struttura sanitaria pubblica o del medico convenzionato con il S.S.N.N. rilasciato in data sotto indicata che ne attesta la limitazione dell'autosufficienza

Data /

Il datore di lavoro si impegna a corrispondere una retribuzione mensile lorda non inferiore a quanto previsto dal contratto collettivo nazionale e, comunque, non inferiore al minimo previsto per l'assegno sociale

Imposta di bollo (€ 16.00)

Estremi della marca da bollo telematica /

Data pagamento /

AVVERTENZA

L'attestazione di pagamento del contributo forfetario ed il contributo per l'imposta di bollo dovranno essere esibiti allo Sportello Unico per l'immigrazione all'atto della convocazione

CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI SPECIFICAMENTE PREVISTE
DALL'ART.103 COMMA 1 DEL DECRETO LEGISLATIVO N.34/2020,
IL SOTTOSCRITTO CONFERMA LA VERIDICITA' DEI DATI INSERITI E DELLE DICHIARAZIONI
FORMULATE E CONFERMA L'ASSUNZIONE DEGLI IMPEGNI SOPRA RIPORTATI

Conferma

Informativa ai sensi dell'Art. 13 del D.Lgs. 196/2003

Ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) si comunica che:

- I dati forniti verranno utilizzati dallo Sportello Unico per l'Immigrazione nel pieno rispetto della normativa citata.
- I dati saranno utilizzati al solo fine della gestione anche informatizzata delle procedure connesse all'assunzione di lavoratori stranieri nonché per l'invio di comunicazioni relative alle procedure stesse.
- I dati saranno oggetto di trattamento in forma scritta e supporto cartaceo, elettronico, telematico.
- Il conferimento dei dati richiesti è obbligatorio al fine di dar corso al procedimento diretto al rilascio del nulla osta al lavoro subordinato e l'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporta la mancata esecuzione del suddetto procedimento.
- I dati non saranno oggetto di diffusione.
- Possono venire a conoscenza dei dati il personale dello Sportello Unico per l'immigrazione e i soggetti coinvolti nelle suddette procedure ai sensi del Testo Unico dell'immigrazione, approvato con D.Lgs. 25 luglio 1998, n.286 e successive modifiche ed integrazioni e dei relativi regolamenti attuativi, nonché del Centro Elaborazione Dati presso il Ministero dell'Interno – Dipartimento per le Libertà Civili e l'Immigrazione – Piazza del Viminale – Roma.
- Possono, altresì, venire a conoscenza dei dati i soggetti eventualmente coinvolti con apposite convenzioni stipulate dal Ministro dell'Interno, ai sensi dell'art. 39 – comma 4 Bis della L.16/01/2003, n.3, così come modificato dall'art. 1-quinquies dalla L.12/11/2004, n.271 recante disposizioni urgenti in materia di immigrazione.
- Titolare del trattamento dei dati è lo Sportello Unico per l'immigrazione.
- L'interessato potrà in ogni momento esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento in conformità all'art. 7 (Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti) del D.Lgs. 196/2003.

MODULO RACCOLTA DATI - APERTURE CONTRATTUALI COLF E BADANTI

OPERATORE	
SEDE	
MAIL SEDE	

DATORE DI LAVORO	COGNOME NOME	
	RESIDENZA	
	N° DI CELLULARE	
	E-MAIL	
	CODICE FISCALE	
	TIPO DI DOCUMENTO	
	NUMERO DOCUMENTO	
	DATA RILASCIO DOCUMENTO	
	DATA SCADENZA DOCUMENTO	

LUOGO DI LAVORO	RESIDENZA	
<small>Solo se diverso dalla residenza</small>		
ASSISTITO	COGNOME E NOME ASSISTITO	
<small>Solo se diverso dal Datore</small>		

LAVORATORE	COGNOME NOME	
	RESIDENZA	
	N° DI CELLULARE	
	E-MAIL	
	CODICE FISCALE	
	TIPO DI DOCUMENTO	
	NUMERO DOCUMENTO	
	DATA RILASCIO DOCUMENTO	
	DATA SCADENZA DOCUMENTO	
	DATI PERMESSO SOGGIORNO	

TIPOLOGIA DI CONTRATTO	
COLF	
BADANTE	
SOLO APERTURA	
CONTABILITA' ANNUALE	
CONVIVENTE	
NON CONVIVENTE	
AUTOSUFFICIENTE	
NON AUTOSUFFICIENTE	
ORE SETTIMANALI	
PAGA ORARIA	
PAGA MENSILE	
INDETERMINATO	
DETERMINATO	
DATA INIZIO LAVORO	
DATA FINE LAVORO	

TABELLA MINIMI RETRIBUTIVI 2020

Qualifiche e mansioni contrattuali	20,00 – 8,00 Assistenza notturna	Fino a 30 ore settimanali art.15 c.2	54 ore settimanali art. 15 c.1	Art. 15 c.9	Paga oraria
Livello A			Conviventi		
Colf con meno di 12 mesi di esperienza			636,71		4,62
Addetta alla lavanderia			636,71		4,62
Addetta alla pulizia			636,71		4,62
Addetta alla pulizia e addetto all'innaffiatura aree verdi			636,71		4,62
Aiuto cucina			636,71		4,62
Assistente ad animali domestici			636,71		4,62
Operaio comune			636,71		4,62
Stalliere			636,71		4,62
Livello A Super					
Addetto alla compagnia			752,48		5,45
Baby Sitter			752,48		5,45
Livello B					
Colf generico polifunzionale		578,83	810,36		5,78
Addetto alla stireria		578,83	810,36		5,78
Autista		578,83	810,36		5,78
Cameriere		578,83	810,36		5,78
Custode di abitazione privata		578,83	810,36		5,78
Giardiniere		578,83	810,36		5,78
Operaio qualificato		578,83	810,36		5,78
Livello B Super					
Assistenza a persona autosufficiente	998,47	607,78	868,24		6,13
Livello C					
Cuoco		671,43	926,14		6,48
Livello C Super					
Assistente a persona non autosufficiente (non formata)	1131,60		984,01	7,35	6,83
Livello D					
Amministratore di Beni di famiglia			1157,65 + 171,18		7,88
Capo cuoco			1157,65 + 171,18		7,88
Capo giardiniere			1157,65 + 171,18		7,88
Governante			1157,65 + 171,18		7,88
Istitutore			1157,65 + 171,18		7,88
Maggiordomo			1157,65 + 171, ¹⁸		7,88
Livello D Super					
Assistenza a persona non autosufficiente (formata)	1397,89		1215,53 + 171,18	8,86	8,22
Direttore di casa			1215,53 + 171,18	8,86	8,22
Livello Unico					
Addetto alla presenza notturna, orario 21,00-08,00			668,54		
Per conviventi oppure per chi supera	PRANZO	CFNA	ALLOGGIO		TOTALE
Indennità vitto e alloggio per ogni giorno	1,96	1,96	1,69		5,61
Part-time fino a 30 ore settimanali art 15	Orario continuo 6-	Orario continuo 14-22	Oppure 30 ore in 3		