Datore di lavoro	Cognome e nome Codice fiscale: Residenza:	VIA		
100	Persona assistita:			
Lavoratore	Cognome e nome Codice fiscale: Residenza:	: MOLENA CHIARA		
Rapporto di lavoro	Data assunzione: Inquadramento: Livello:	ASSISTENTE FAMILIARE	Data cessazion	ne:
aver corrispost dipendenze da	o al su indicato collal 01/01/2021 al 31/12/20	, che il collaboratore dovrà a poratore, a fronte delle presi 21 per un totale di 365 giorni tribuzioni e le relative tratten	azioni domestio (di cui 1° sem.	che effettuate alle mie 181 e di cui 2° sem. 184
Retribuzione al lordo delle ritenute previdenziali				807,80
Contributi obbl	igatori INPS trattenu	ti (a carico del dipendente)	€	374,40
18/6-				
	١	Netto corrisposto ai fini	IRPEF € 74	33,40
Cassa colf tratte	enuta a carico del dip	endente (non deducibile IRF	EF)	
	rapporto liquidato a titolo	di acconto e/o saldo - Indennità di	preavviso	
Frattamento di fine			T-11-11-11-11-11-11-11-11-11-11-11-11-11	
Trattamento di fine				

Firma del datore di lavoro

Firma del lavoratore per ricevuta