

**Erasmus S.r.l.**  
**Via Vigne di San Matteo n° 66**  
**00133 Roma**  
**C.F. / P.I. 10241261006**

**Egregio Sig.**  
**Di Sasio Valerio**  
**Via Tito Flavio n° 26**  
**81030 Castel Volturno (CE)**

**Oggetto: assunzione contratto a tempo determinato part-time**  
**(art. 4, commi da 8 a 11 legge n. 92/2012)**

Facendo seguito alle intese intercorse, siamo lieti di comunicare l'assunzione alle nostre dipendenze con contratto a tempo determinato part-time acausale 30 ore settimanali, con decorrenza 07/01/2022 e scadenza il 31/12/2022.

Il contratto è stipulato in base a quanto previsto dal D.L. 87/2018, convertito in Legge n. 96/2018 e successive modificazioni.

Lei sarà inquadrato come impiegato di 5° livello mansioni di operatore amministrativo ed il rapporto di lavoro sarà regolato dalle vigenti leggi e dal vigente CCNL commercio-terziario.

E' previsto un periodo di prova pari a 60 giorni di effettiva prestazione.

La sua retribuzione lorda mensile sarà la seguente:

Paga base	€ 740,26
Contingenza	€ 391,46
Terzo Elemento	€ 1,55
Rateo 13°	€ 94,44
Rateo 14°	€ 94,44
<b>Totale</b>	<b>€ 1.322,15</b>

L'attività lavorativa sarà svolta presso il nostro cliente situato nel Comune di Castel Volturno (CE) e l'orario di lavoro sarà di 30 ore settimanali così suddiviso:

- dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 16:00

Ovviamente, sia per esigenze aziendali che del dipendente, l'orario della prestazione lavorativa potrà subire variazioni previo preavviso di un giorno da comunicare alla controparte.

Per quanto non previsto si rimanda al ccnl di categoria e alle vigenti leggi in materia di rapporti di lavoro subordinato.

L'azienda si impegna ad adottare le misure per la tutela della salute e sicurezza (D.lgs. 9 aprile 2008, n.81) che Lei sarà tenuto/a a sua volta ad osservare, con particolare riferimento al corretto utilizzo dei DPI messi a Sua disposizione.

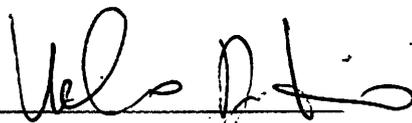
Si intende che la S.V. autorizza il sottoscritto al trattamento dei dati personali e alle comunicazioni a terzi dei dati stessi per ottemperare agli obblighi normativi connessi con il presente rapporto di lavoro.

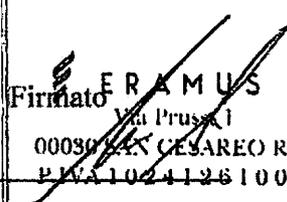
La preghiamo di restituirci copia della presente sottoscritta per accettazione.

Distinti Saluti

Roma, li 07/01/2022

Per ricevuta ed accettazione



Firmato   
**ERAMUS**  
Via Prusa 1  
00030 SAN CESAREO RM  
P.IVA 10241261006

Dipendente

DI STAZIO VALERIO

VIA TITO FLAVIO 26

21039 CASTEL VOLTURNO

Oggetto: erogazione mensile TFR

Azienda

 **ERAMUS**  
Via Prussi 1  
00030 SAN CESAREO RM  
P.IVA 10241261006

Spettabile Azienda,

il sottoscritto DI STAZIO VALERIO, C.F. DT VLR 06C 19 F 837 assunto alle vostre dipendenze dal 07/01/2021

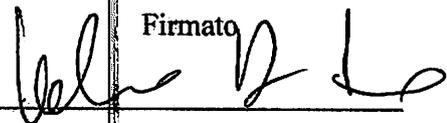
chiede

che il proprio trattamento di fine rapporto maturato venga erogato mensilmente in busta paga.

Certo di un vostro positivo riscontro, porgo cordiali saluti.

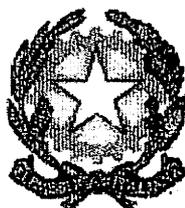
Luogo e data

Firmato



Per ricevuta (l'Azienda)

 **ERAMUS**  
Via Prussi 1  
00030 SAN CESAREO RM  
P.IVA 10241261006



## MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

Ricevuta Comunicazione Obbligatoria Online

Comunicazione Obbligatoria Unificato UniLav

Numero Protocollo	00053121
Codice comunicazione	0805822031136930
Data invio	05/01/2022 15:50:30

Sezione 1 - Datore di lavoro

Codice Fiscale	10241261006
Denominazione	ERAMUS S.R.L.
Settore	52.21.90 - Altre attività connesse ai trasporti terrestri nca
Pubblica amministrazione	NO

Sede Legale

Indirizzo	VIA VIGNE DI SAN MATTEO, 66 - H501 - ROMA - 00133
Recapiti	Tel: 069364443 Fax: 069364443 Email: studiotettibarbato@gmail.com

Sede Lavoro

Indirizzo	VIA PRUSST, 1 - M295 - SAN CESAREO - 00030
Recapiti	Tel: 0690283629 Fax: 06 Email: studiotettibarbato@gmail.com

**Sezione 2 - Lavoratore**

Codice fiscale	DSTVLR86C19F839Z
Cognome	DI STASIO
Nome	VALERIO
Sesso	M
Cittadinanza	000 - ITALIANA
Data di nascita	19/03/1986
Comune di nascita	F839 - NAPOLI
Comune domicilio	C291 - CASTEL VOLTURNO - 81030
Indirizzo domicilio	VIA TITO FLAVIO, 26
Livello istruzione	40 - DIPLOMA DI ISTRUZIONE SECONDARIA SUPERIORE CHE PERMETTE L'ACCESSO ALL'UNIVERSITA'

**Sezione 4 - Inizio**

Data inizio	07/01/2022
Data fine	31/12/2022
Ente previdenziale	01 - INPS
Codice ente previdenziale	7054675031
PatINAIL	9525029227
Tipologia contrattuale	A.02.00 - LAVORO A TEMPO DETERMINATO
Socio lavoratore	NO
Lavoratore in mobilità	NO
Lavoro Stagionale	NO
Tipo lavorazione	OPERATORE DI COMPUTER PER L'IMMISSIONE DATI
CCNL	0780 - COMMERCIO - Confcommercio
Livello Inquadramento	000006 - V
Tipo orario	P - TEMPO PARZIALE ORIZZONTALE
Ore settimanali medie	30
Qualifica professionale	4.1.2.2.0.5 - operatore di computer per

	Immissione dati
Retribuzione	16346
Lavoro in agricoltura	NO

Sezione 9 - Dati invio

Data invio	05/01/2022 15:50:30
Soggetto che effettua la comunicazione	001 - Consulenti del Lavoro (art. 1, co. 1, L. 12/79)
Codice fiscale soggetto che effettua la comunicazione	BRBMSM75E19D972M
Tipo comunicazione	01 - Comunicazione Obbligatoria
Assunzione forza maggiore	NO

Valido dall'anno

**2022****DICHIARAZIONE IMPOSTA SUL REDDITO DELLE PERSONE FISICHE**

(Art. 23 D.P.R. 600/73 e successive modificazioni)

Io sottoscritto/a <b>VALENZO DI STASO</b>			
Luogo di nascita <b>NAPON</b>	Provincia <b>NA</b>	Data di nascita <b>19/03/1936</b>	Codice fiscale <b>DS.VLR86C19F839Z</b>
Residente in <b>VIA TITO TULLIO 26</b>		Comune del domicilio fiscale all'1/1/2022 <b>CASTEL VOLturno (CE)</b>	
Dipendente/Collaboratore della ditta <b>ENATWS</b>		Stato civile <b>CELIBE</b>	

Sotto la mia responsabilità DICHIARO di aver diritto alle detrazioni d'imposta, di seguito specificate (contrassegnare le caselle che interessano)

**LAVORO DIPENDENTE E ASSIMILATI**

- Chiedo l'applicazione della detrazione del lavoro dipendente.
- Con un reddito non superiore ad € 8.000, chiedo di fruire interamente della detrazione minima. (€ 690 tempo indeterminato/€ 1.380 tempo determinato)

**CONIUGE**

I dati anagrafici e il codice fiscale DEVONO SEMPRE essere indicati. Se il coniuge è a carico, (non possiede reddito proprio superiore a € 2.840,51 annui al lordo degli oneri deducibili) compilare anche i campi "Dal mese / Al mese":

Cognome e nome	Data di nascita	Comune (Prov) o stato di nascita	Sesso	Codice fiscale	Dal mese	Al mese

**FIGLI A CARICO**

Le detrazioni d'imposta spettano per ciascun figlio titolare di un reddito complessivo non superiore a 2.840,51 euro nel periodo d'imposta. Per i figli di età non superiore a 24 anni, il limite di reddito complessivo è elevato a 4.000 euro.

Cognome e nome	Data di nascita	Comune (Prov) o stato di nascita	Sesso	Codice fiscale	Dal mese	Al mese	% di carico	Disabile	Figlio affid. 100%

- In caso di mancanza del coniuge (deceduto; non ha riconosciuto i figli naturali; da certificazione dell'autorità giudiziaria risulta in stato di abbandono); sussiste il diritto alla stessa detrazione, per il primo figlio, se più favorevole.
- Ulteriore detrazione (per i genitori con almeno 4 figli a carico): % di carico: \_\_\_\_\_

NB: Previo accordo tra i coniugi, la detrazione del 100% spetta unicamente al genitore che possiede il reddito complessivo più elevato.

**ALTRI FAMILIARI A CARICO**

Non aventi redditi propri lordi superiori a € 2.840,51 annui al lordo degli oneri deducibili

Cognome e nome	Data di nascita	Comune (Prov) o stato di nascita	Sesso	Codice fiscale	Dal mese	Al mese	% di carico

**ALTRI DATI FISCALI (solo per l'anno in corso)**

REDDITO COMPLESSIVO DICHIARATO per l'attribuzione delle detrazioni dall'imposta lorda: € \_\_\_\_\_

(Se il reddito complessivo dichiarato risulterà inferiore a quello di lavoro, in sede di conguaglio sarà applicato quello di lavoro)

APPLICAZIONE MENSILE DI UN'ALIQUOTA IRPEF PIU' ELEVATA di quella che deriva dal ragguaglio al periodo di paga degli scaglioni annui di reddito: \_\_\_\_\_ % (Al fine di evitare che l'imposta dovuta in sede di conguaglio sia troppo elevata)

- Applicazione aliquota più elevata anche in sede di conguaglio.

**Trattamento integrativo e ulteriore detrazione L. 21/2020**

- Non applicazione
- Applicazione solo in sede di conguaglio

**ALTRI DATI UTILI ALL'ATTO DELL'ASSUNZIONE****DICHIARO**

- Di NON avere alcuna anzianità contributiva presso qualsiasi forma pensionistica obbligatoria alla data del 31/12/1995, ai fini dell'applicazione del massimale contributivo (art.2 c.18 L.335/95).
- Di avere la prima iscrizione alla previdenza obbligatoria in data successiva al 31/12/2006. Indicare data \_\_\_\_\_
- Di essere iscritto a forme pensionistiche complementari. Indicare la data di prima iscrizione \_\_\_\_\_
- Di aver avuto nell'anno un precedente rapporto di lavoro e di aver già fruito della "Detrazione forfettaria del prelievo fiscale sul TFR".
- Di essere un lavoratore "Extracomunitario" con :
  - Familiari residenti in Italia (allego lo Stato di Famiglia)
  - Familiari residenti nello Stato di provenienza (allego lo Stato di Famiglia convalidato dal Consolato Italiano e tradotto)
- Di essere pensionato Cat. \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ (allegare frontespizio libretto di pensione).

Nota:

Consapevole degli obblighi di legge, mi impegno a comunicare tempestivamente eventuali variazioni alla situazione sopra dichiarata.

.....  
 07/01/2022  
 (Data)

.....  
 (Firma)