

Spazio riservato all'Ufficio

Spett.le  
**U.L.P.A.**  
Via H. Bustamonte, 3  
47899 Serravalle  
Repubblica di San Marino  
Tel. 0549 885750 / Fax 0549 885751  
[politiche.attive@pa.sm](mailto:politiche.attive@pa.sm)

San Marino \_\_\_\_\_

## Rapporti accessori di piccola **COLLABORAZIONE DOMESTICA**

(Art.31 della Legge n.164 del 9 Dicembre 2022 "Riforma delle norme relative all'occupazione")

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Residente \_\_\_\_\_ cod. Iss \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

**Comunica l'instaurazione del rapporto accessorio da esercitarsi presso la propria abitazione, sita in**

\_\_\_\_\_

**con il Sig./a:**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ cod. ISS \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ cittadino \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ mansione \_\_\_\_\_

Durata dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ compenso \_\_\_\_\_

Con orario di lavoro dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_

Nelle giornate di \_\_\_\_\_ per un tot. ore/sett. \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

**Che si trova nella posizione di:**

- disoccupato  inoccupato  lavoratore part-time  lavoratore occasionale

Si allega:

- Quietanza di versamento della somma di € 50,00 (cinquanta).

Si informa, altresì, che il committente dovrà stipulare apposita polizza assicurativa per la copertura dei rischi infortunistici connessi all'attività di piccola collaborazione domestica (comma 3 Art.31 L. n.164/2022).

**Il Sottoscritto si impegna a comunicare eventuali modifiche o la cessazione del rapporto di collaborazione**

Si allega inoltre, qualora non residente:

- Certificato storico del lavoro (**Modello C2 storico**)

Firma del Committente (leggibile)

Firma del collaboratore domestico (leggibile)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_