**CERTIFICATO DI SERVIZIO**

Sulla scorta degli atti di questa Società,

**SI ATTESTA**

Che il/la Sig./ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cod. fisc.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Ha maturato, alla data del 05.06.2020, un’anzianità di servizio di almeno 12 mesi svolgendo prevalentemente (ovvero per oltre il 50% del proprio orario di lavoro) le funzioni di Operatore *Contact Center* della ASL FG: si no
* Ha prestato servizio come lavoratore dipendente della G.P.I. S.p.A., svolgendo prevalentemente (ovvero per oltre il 50% del proprio orario di lavoro) le funzioni di Operatore *Contact Center* della ASL FG per i periodi di seguito riportati (compreso il periodo di 12 mesi di cui al precedente accapo):

FULL TIME ***(40 ore settimanali)***: mesi (cifre)\_\_\_\_\_\_\_\_\_(lettere)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PART TIME ***(più di 20 ore settimanali)***: mesi (cifre)\_\_\_\_\_\_\_\_(lettere)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PART TIME ***(fino a 20 ore settimanali)***: mesi (cifre)\_\_\_\_\_\_\_\_\_(lettere)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(si considera mese intero un periodo pari ad almeno 16 giorni consecutivi)

G.P.I. S.p.A.

 timbro e firma