

Comunicazione Obbligatoria Unificato Lav

Sezione 1 - Datore di Lavoro

codice fiscale *

denominazione datore di lavoro *

cod. settore *(1)

cod. comune sede legale *(1)

CAP sede legale *

indirizzo sede legale *

telefono sede legale (*)

fax sede legale (*)

e-mail sede legale (*)

cod. comune sede di lavoro *(1)

CAP sede di lavoro *

indirizzo sede di lavoro *

telefono sede di lavoro (*)

fax sede di lavoro (*)

e-mail sede di lavoro (*)

Sezione 2 - Lavoratore

codice fiscale *

cognome *

nome *

sexo *

cod. comune o in alternativa stato straniero di nascita *(1)

cod. cittadinanza *(1)

data di nascita *

tipo documento (*)

numero documento

motivo del permesso (*)

scadenza permesso (*)

cod. comune di domicilio *(1)

CAP*

indirizzo di domicilio *

livello istruzione *

Sezione 3 - Lavoratore co-obbligato

codice fiscale *

cognome *

sesso *

nome *

cod. comune o in alternativa stato straniero di nascita *(1)

cod. cittadinanza *(1)

data di nascita *

tipo documento (*)

numero documento

motivo del permesso (*)

scadenza permesso (*)

cod. comune di domicilio *(1)

CAP *

indirizzo di domicilio *

livello istruzione *

Sezione 4 - Trasformazione

4.1 - Dati Trasformazione

data trasformazione *

cod trasformazione *

4.2 - Dati Rapporto

data inizio rapporto *

data fine (*)

Ente previdenziale *

Cod Agevolazioni

Codice Ente previdenziale (1)

socio lavoratore *

PAT INAIL *

tipo orario *

tipologia contrattuale *

ore settimanali medie (*)

qualifica professionale ISTAT *

legge 68 data nulla osta/convenzione

legge 68 numero atto

contratto collettivo applicato (*)

livello di inquadramento (*)

Retribuzione / Compenso (*)

giornate lavorative previste (*)

indirizzo sede di lavoro precedente (*)

tipo lavorazione (*)

Comune sede di lavoro precedente (*)

4.3 - Datore di lavoro presso il quale il lavoratore viene distaccato

codice fiscale datore distaccatario *

denominazione datore di lavoro *
distaccatario

cod. settore *(1) PAT INAIL *

cod. comune sede di lavoro *(1) cap sede di lavoro *

indirizzo sede di lavoro *

telefono sede di lavoro (*) fax sede di lavoro (*)

e-mail sede di lavoro (*)

Sezione 5 - Dati Invio

data invio* (marca temporale)

soggetto che effettua la comunicazione
(se diverso dal datore di lavoro)

codice fiscale del soggetto che effettua la comunicazione (se diverso dal datore di lavoro)

tipo di comunicazione (*)

assunzione per cause di forza maggiore *

descrizione causa forza maggiore(*)

codice comunicazione(2) codice comunicazione precedente

"*" Campo da compilare obbligatoriamente

(*) Campo da compilare in modalità alternativa o se ricorre la condizione

(1) Per l'individuazione del codice corrispondente,
si faccia riferimento all'Allegato D del D.M. delle C.O.

(2) Non compilare, spazi utilizzati dalla procedura Informatica