

Comunicazione Obbligatoria Unificato Lav

Sezione 1 - Datore di Lavoro

codice fiscale*

denominazione datore di lavoro *

cod. comune sede legale *(1)

CAP sede legale

indirizzo sede legale *

telefono sede legale (*)

fax sede legale (*)

e-mail sede legale (*)

Sezione 2 - Lavoratore

codice fiscale *

sesso*

data di nascita *

cognome *

nome *

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

cod. cittadinanza *(1)

tipo documento (*)

motivo del permesso (*)

scadenza permesso (*)

numero documento

comune di domicilio *(1)

CAP *

indirizzo di domicilio *

Sezione 3 - Assunzione

data inizio *

data fine (*)

Codice Ente previdenziale(1)

qualifica professionale ISTAT *

tipologia contrattuale *

tipo orario *

ore settimanali medie

Retribuzione / Compenso (*)

Sezione 4 - Dati Invio

data invio* (marca temporale)

codice comunicazione precedente

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 *

codice comunicazione(2)

assunzione per cause di forza maggiore *

descrizione causa forza maggiore(*)

"" 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