

Comunicazione Obbligatoria

Unificato Lav

Sezione 1 - Datore di Lavoro

codice fiscale *

denominazione datore di lavoro *

Dati legale rappresentante

cognome*

nome*

sexo *

data di nascita *

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

cod. cittadinanza *(1)

titolo di soggiorno (*)

numero titolo di soggiorno

motivo titolo di soggiorno (*)

scadenza titolo di soggiorno (*)

cod. questura rilascio titolo di soggiorno (*) (1)

cod. settore *(1)

Pubblica Amministrazione *

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 *

data di nascita *

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

cod. cittadinanza *(1)

comune di domicilio *(1)

indirizzo di domicilio *

CAP *

livello istruzione *

Dati lav. extracomunitario

Titolo di soggiorno

titolo di soggiorno (*)

numero titolo di soggiorno

motivo titolo di soggiorno (*)

scadenza titolo di soggiorno (*)

cod. questura rilascio titolo di soggiorno (*) (1)

Modello Q

Sussistenza della sistemazione alloggiativa (*)

impegno del datore di lavoro al pagamento delle spese per il rimpatrio(*)

Sezione 3 - Lavoratore co-obbligato

codice fiscale *

cognome *

nome *

sesto *

data di nascita *

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

cod. cittadinanza *(1)

cod. comune di domicilio *(1)

indirizzo di domicilio *

CAP *

livello istruzione *

Dati lav. extracomunitario

Titolo di soggiorno

titolo di soggiorno (*)

numero titolo di soggiorno

motivo titolo di soggiorno (*)

scadenza titolo di soggiorno (*)

cod. questura rilascio titolo di soggiorno (*) (1)

Modello Q

Sussistenza della sistemazione alloggiativa (*)

impegno del datore di lavoro al pagamento delle spese per il rimpatrio(*)

Sezione 4 - Cessazione

4.1 - Dati Cessazione

data cessazione *

cod causa *

4.2 - Dati Rapporto

data inizio rapporto *

data fine rapporto *

Cod Agevolazioni(1)

Ente previdenziale *

socio lavoratore *

Codice Ente previdenziale(1)

tipo orario *

Cod. qualifica professionale ISTAT *(1)

PAT INAIL *

tipologia contrattuale *

legge 68 data nulla osta/convenzione

ore settimanali medie (*)

legge 68 numero atto

contratto collettivo applicato (*)

livello di inquadramento (*)

Retribuzione / Compenso (*)

lavoro in agricoltura

Sezione 5 - Dati Invio

data invio (marca temporale)

codice comunicazione precedente

protocollo sistema (2)

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)

e-mail del soggetto che effettua la comunicazione (se diverso dal datore di lavoro)

tipo di comunicazione *

assunzione per cause di forza maggiore *

codice comunicazione (2)

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