

Comunicazione Obbligatoria

Unificato Som

Sezione 1 - Agenzia di somministrazione

codice fiscale *

denominazione datore di lavoro *

agenzia somministrazione estera *

Dati legale rappresentante

cognome*

nome*

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

sessu *

cod. cittadinanza *(1)

data di nascita *

titolo di soggiorno (*)

numero titolo di soggiorno

motivo titolo di soggiorno (*)

scadenza titolo di soggiorno (*)

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

numero iscrizione all'albo *

cod. comune sede legale *(1)

CAP sede legale (*)

indirizzo sede legale *

telefono sede legale (*)

fax sede legale (*)

e-mail sede legale (*)

cod. comune sede operativa *(1)

CAP sede operativa (*)

indirizzo sede operativa *

telefono sede operativa (*)

fax sede operativa (*)

e-mail sede operativa (*)

Sezione 2 - Lavoratore

codice fiscale *

cognome *

nome *

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

sessu *

cod. cittadinanza *(1)

data di nascita *

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(*)

cod. comune di domicilio *(1)

CAP *

indirizzo di domicilio *

livello istruzione *

Sezione 3 - Rapporto Agenzia/Lavoratore

numero matricola *

numero agenzia somministrazione *

data inizio rapporto *

data fine rapporto (*)

Ente previdenziale *

Codice Ente previdenziale(1)

tipologia contrattuale *

indennità di disponibilità

data fine proroga (*)

data cessazione (*)

Sezione 3 - Ditta utilizzatrice

numero contratto somministrazione *

data inizio contratto di somministrazione *

data fine contratto di somministrazione (*)

ditta utilizzatrice estera che opera in Italia

codice fiscale *

denominazione datore di lavoro *

cod. settore *(1)

Pubblica Amministrazione *

cod. comune sede legale *(1)	<input type="text"/>	CAP sede legale (*)	<input type="text"/>
indirizzo sede legale *	<input type="text"/>		
telefono sede legale (*)	<input type="text"/>	fax sede legale (*)	<input type="text"/>
e-mail sede legale (*)	<input type="text"/>		
cod. comune sede di lavoro *(1)	<input type="text"/>	CAP sede di lavoro (*)	<input type="text"/>
indirizzo sede di lavoro *	<input type="text"/>		
telefono sede di lavoro (*)	<input type="text"/>	fax sede di lavoro (*)	<input type="text"/>
e-mail sede di lavoro(*)	<input type="text"/>		

Sezione 5 - Inizio rapporto ditta utilizzatrice/lavoratore

Dati proroga

data fine proroga *	<input type="text"/>
data inizio missione *	<input type="text"/>

Sezione 6 - Dati Invio

data invio (marca temporale)	<input type="text"/>	protocollo sistema (2)	<input type="text"/>
soggetto che effettua la comunicazione (se diverso dal datore di lavoro)	<input type="text"/>		
codice fiscale del soggetto che effettua la comunicazione (se diverso dal datore di lavoro)	<input type="text"/>		
e-mail del soggetto che effettua la comunicazione (se diverso dal datore di lavoro)	<input type="text"/>		
tipo di comunicazione *	<input type="text"/>		
codice comunicazione(2)	<input type="text"/>		
codice comunicazione precedente	<input type="text"/>		

"" 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