

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) 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 5 - Rapporto ditta utilizzatrice/lavoratore

Dati trasformazione

data trasformazione *

cod trasformazione *

Sezione 6 - Dati Invio

data invio (marca temporale) 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 *

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