



# Comunicazione Obbligatoria Unificato Lav

## Sezione 1 - Datore di Lavoro

codice fiscale \* cod. settore \*(1)  
 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 (\*)  
 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 (\*)

### Dati del Legale Rappresentante

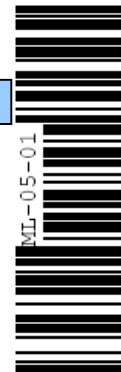
cognome nome  
 sesso data di nascita cod. comune di nascita soggiornante in Italia  
 cod. cittadinanza tipo documento  
 numero documento motivo del permesso  
 scadenza permesso rilasciato dalla Questura di

## Sezione 2 - Lavoratore

codice fiscale \* sesso \*  
 cognome \* nome \*  
 cod. comune o in alternativa stato straniero di nascita\*  
 cod. cittadinanza \*(1) data di nascita \*  
 tipo documento (\*) scadenza permesso (\*)  
 motivo del permesso (\*) cod. comune di domicilio \*(1)  
 rilasciato dalla Questura di  
 numero documento CAP \*  
 indirizzo di domicilio \*  
 livello istruzione \*

## Sezione 3 - Lavoratore co-obbligato

codice fiscale \* sesso \*  
 cognome \* nome \*  
 comune o in alternativa stato straniero di nascita\* data di nascita \*  
 cittadinanza \* comune domicilio \* CAP \*





tipo documento (\*)

scadenza permesso (\*)

motivo del permesso (\*)

rilasciato dalla Questura di

indirizzo di domicilio \*

numero documento

livello istruzione \*

## Sezione 4 - Cessazione

### 4.1 - Dati Cessazione

data cessazione \*

cod causa \*

### 4.2 - Dati Rapporto

data inizio rapporto \*

data fine rapporto \*

data fine periodo formativo

Ente previdenziale \*

Codice Ente previdenziale(1)

PAT INAIL \*

tipologia contrattuale \*

socio lavoratore \*

lavoratore in mobilità \*

lavoro stagionale \*

tipo orario \*

ore settimanali medie (\*)

Cod. qualifica professionale ISTAT \*(1)

assunzione obbligatoria  categoria lavoratore

contratto collettivo applicato (\*)

livello di inquadramento (\*)

Retribuzione / Compenso (\*)

lavoro in agricoltura NO

**Tirocini** tipologia soggetto promotore

cod. fisc. soggetto promotore tirocinio

denominazione

categoria tirocinante

tipologia tirocinio

## 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 soggetto che effettua la comunicaz. (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

