



Comunicazione Obbligatoria Unificato Vardatori - Trasferimento

Sezione 1 - Datore di Lavoro attuale

codice fiscale *

denominazione datore di lavoro *

cod. settore *(1)

cod. comune sede legale *(1)

CAP sede legale *

indirizzo sede legale *

telefono sede legale (*)

fax sede legale (*)

e-mail sede legale (*)

Dati del Legale Rappresentante

cognome

nome

sexo

data di nascita

cod. comune di nascita

soggiornante in Italia

cod. cittadinanza

tipo documento

numero documento

motivo del permesso

Sezione 2 - Trasferimenti

codice trasferimento d'azienda *

data inizio *

Sezione 3 - Datore di lavoro precedente

codice fiscale *

denominazione datore di lavoro *

cod. settore *(1)

cod. comune sede legale *(1)

CAP sede legale *

indirizzo sede legale *

telefono sede legale (*)

fax sede legale (*)

e-mail sede legale (*)

Sezione 4 - Dati di 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 sogg. che effettua la comunicaz. (se diverso dal datore di lavoro)

tipo di comunicazione *

codice comunicazione (2)

codice comunicazione precedente

il seguente documento è composto da pagine

2





Comunicazione Obbligatoria Unificato

Vardatori - Trasferimento: Lavoratore interessato

Sezione 3 - Sede di lavoro interessata

cod. comune sede di lavoro *(1)

CAP sede di lavoro *

indirizzo sede di lavoro *

telefono (*)

fax (*)

e-mail (*)

Sezione 4 - Lavoratore interessato

codice fiscale *

cognome *

nome *

cod. comune di domicilio *(1)

data inizio rapporto *

data fine rapporto (*)

data fine periodo formativo

Ente previdenziale *

socio lavoratore

lavoratore in mobilità *

lavoro stagionale *

Cod. Fisc. soggetto promotore tirocinio

Codice Ente previdenziale(1)

PAT INAIL

tipologia contrattuale *

tipo orario *

ore settimanali medie

qualifica professionale ISTAT

assunzione obbligatoria categoria lavoratore

contratto collettivo applicato

livello di inquadramento

Retribuzione / Compenso

lavoro in agricoltura

NO

giornate lavorative previste

tipo lavorazione

*** 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.

Nota 2: Le sezioni "3 - Sede di lavoro interessata" e "4 - Lavoratore interessato" vanno compilate per ogni lavoratore coinvolto nel trasferimento.

