



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 *(1)
cod. cittadinanza *(1) data di nascita *
tipo documento (*) numero documento
motivo del permesso (*) scadenza permesso (*)
rilasciato dalla Questura di
cod. comune di domicilio *(1) CAP *
indirizzo di domicilio *
livello istruzione *

Sezione 3 - Lavoratore co-obbligato

codice fiscale * sesso *
cognome * nome *
cod. comune o in alternativa stato straniero di nascita *
cod. cittadinanza * data di nascita *





tipo documento (*)

numero documento

motivo del permesso (*)

rilasciato dalla Questura di

cod. comune di domicilio *(1)

scadenza permesso (*)

CAP *

indirizzo di domicilio *

livello istruzione *

Sezione 4 - Proroga

4.1 - Dati Proroga

data fine proroga *

4.2 - Dati Rapporto

data inizio rapporto *

Ente previdenziale *

Codice Ente previdenziale(1)

PAT INAIL *

tipologia contrattuale *

socio lavoratore *

lavoratore in mobilità *

lavoro stagionale *

tipo orario *

ore settimanali medie (*)

qualifica professionale ISTAT *

assunzione obbligatoria categoria lavoratore

cod. contratto collettivo applicato (*)

livello di inquadramento (*)

Retribuzione / Compenso (*)

lavoro in agricoltura NO

giornate lavorative previste (*)

tipo lavorazione (*)

Tirocini tipologia soggetto promotore

cod. fisc. soggetto promotore tirocinio

denominazione

categoria tirocinante

tipologia tirocinio

Sezione 5 - Dati Invio

data invio (marca temporale)

assunzione per cause di forza maggiore *

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 sogg. che effettua la comunicaz. (se diverso dal datore di lavoro)

codice comunicazione(2)

codice comunicazione precedente

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

