



Comunicazione Obbligatoria Unificato Lav

Sezione 1 - Datore di Lavoro

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 (*)

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

sex

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 *

cognome *

nome *

sex *

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 *

cognome *

sexso *

nome *

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

cod. cittadinanza *(1)

data di nascita *

tipo documento (*)

scadenza permesso (*)

motivo del permesso (*)

cod. comune di domicilio *(1)

numero documento

CAP *

rilasciato dalla Questura di

indirizzo di domicilio *

livello istruzione *

Sezione 4 - Trasformazione

4.1 - Dati Trasformazione

data trasformazione *

cod trasformazione *

4.2 - Dati Rapporto

data inizio rapporto *

data fine (*)

Ente previdenziale *

Codice Ente previdenziale (1)

PAT INAIL *

tipologia contrattuale *

socio lavoratore *

lavoratore in mobilit  *

lavoro stagionale *

tipo orario *

ore settimanali medie (*)

qualifica professionale ISTAT *

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





giornate lavorative previste (*)

tipo lavorazione

Comune sede di lavoro precedente (*)

indirizzo sede di lavoro precedente (*)

distacco parziale

NO

distacco presso azienda estera

NO

4.3 - Datore di lavoro presso il quale il lavoratore viene distaccato

codice fiscale datore distaccatario *

denominazione datore di lavoro *
distaccatario

cod. settore *(1)

PAT INAIL *

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 - 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 (*)

assunzione per cause di forza maggiore *

descrizione causa forza maggiore(*)

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

