

# Comunicazione Obbligatoria Unificato Lav

## Sezione 1 - Datore di Lavoro

codice fiscale \*

denominazione datore di lavoro \*

### Dati legale rappresentante

cognome\*

nome\*

sexo \*

data di nascita \*

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

cod. cittadinanza \*(1)

titolo di soggiorno (\*)

numero titolo di soggiorno

motivo titolo di soggiorno (\*)

scadenza titolo di soggiorno (\*)

cod. questura rilascio titolo di soggiorno (\*) (1)

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 2 - Lavoratore

codice fiscale \*

cognome\*

nome\*

sesto \*

data di nascita \*

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

cod. cittadinanza \*(1)

comune di domicilio \*(1)

indirizzo di domicilio \*

CAP \*

livello istruzione \*

### Dati lav. extracomunitario

#### 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(\*)

### Sezione 3 - Lavoratore co-obbligato

codice fiscale \*

cognome \*

nome \*

sexo \*

data di nascita \*

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

cod. cittadinanza \*(1)

cod. comune di domicilio \*(1)

indirizzo di domicilio \*

CAP \*

livello istruzione \*

#### Dati lav. extracomunitario

##### 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(\*)

## Sezione 4 - Proroga

### 4.1 - Dati Proroga

data fine proroga \*

### 4.2 - Dati Rapporto

data inizio rapporto \*

Ente previdenziale \*

Codice Ente previdenziale(1)

Cod Agevolazioni(1)

PAT INAIL \*

tipo orario \*

tipologia contrattuale \*

ore settimanali medie (\*)

socio lavoratore \*

qualifica professionale ISTAT \*

legge 68 data nulla osta/convenzione

legge 68 numero atto

cod. contratto collettivo applicato (\*)

livello di inquadramento (\*)

Retribuzione / Compenso (\*)

lavoro in agricoltura

giornate lavorative previste (\*)

tipo lavorazione

## 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 del soggetto che effettua la comunicazione (se diverso dal datore di lavoro)

tipo di comunicazione \*

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