

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*

sexo *

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 - Trasformazione

4.1 - Dati Trasformazione

data trasformazione *

cod trasformazione *

4.2 - Dati Rapporto

data inizio rapporto *

data fine (*)

Ente previdenziale *

Cod Agevolazioni

Codice Ente previdenziale (1)

socio lavoratore *

PAT INAIL *

tipo orario *

tipologia contrattuale *

qualifica professionale ISTAT *

ore settimanali medie (*)

legge 68 data nulla osta/convenzione

legge 68 numero atto

contratto collettivo applicato (*)

livello di inquadramento (*)

Retribuzione / Compenso (*)

lavoro in agricoltura

giornate lavorative previste (*)

tipo lavorazione (*)

Comune sede di lavoro precedente (*)

indirizzo sede di lavoro precedente (*)

distacco parziale

distacco presso azienda estera

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

codice fiscale datore distaccatario *	<input type="text"/>		
denominazione datore di lavoro distaccatario (*)	<input type="text"/>		
cod. settore *(1)	<input type="text"/>	PAT INAIL (*)	<input type="text"/>
cod. comune sede di lavoro *(1)	<input type="text"/>	cap sede di lavoro *	<input type="text"/>
indirizzo sede di lavoro *	<input type="text"/>		
telefono sede di lavoro (*)	<input type="text"/>	fax sede di lavoro (*)	<input type="text"/>
e-mail sede di lavoro (*)	<input type="text"/>		

Sezione 5 - Dati Invio

data invio (marca temporale)	<input type="text"/>
protocollo sistema (2)	<input type="text"/>
soggetto che effettua la comunicazione (se diverso dal datore di lavoro)	<input type="text"/>
codice fiscale del soggetto che effettua la comunicazione (se diverso dal datore di lavoro)	<input type="text"/>
e-mail del soggetto che effettua la comunicazione (se diverso dal datore di lavoro)	<input type="text"/>
tipo di comunicazione *	<input type="text"/>
assunzione per cause di forza maggiore *	<input type="text"/>
descrizione causa forza maggiore(*)	<input type="text"/>
codice comunicazione(2)	<input type="text"/>
codice comunicazione precedente	<input type="text"/>

*** 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