

# Comunicazione Obbligatoria

## Unificato Som

### Sezione 1 - Agenzia di somministrazione

codice fiscale \*

denominazione datore di lavoro \*

agenzia somministrazione estera \*

### Dati legale rappresentante

cognome\*

nome\*

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

Sesso \*

cod. cittadinanza \*(1)

data di nascita \*

titolo di soggiorno (\*)

numero titolo di soggiorno

motivo titolo di soggiorno (\*)

scadenza titolo di soggiorno (\*)

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

numero iscrizione all'albo \*

cod. comune sede legale \*(1)

CAP sede legale (\*)

indirizzo sede legale \*

telefono sede legale (\*)

fax sede legale (\*)

e-mail sede legale (\*)

cod. comune sede operativa \*(1)

CAP sede operativa (\*)

indirizzo sede operativa \*

telefono sede operativa (\*)

fax sede operativa (\*)

e-mail sede operativa (\*)

### Sezione 2 - Lavoratore

codice fiscale \*

cognome \*

nome \*

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

Sesso \*

cod. cittadinanza \*(1)

data di nascita \*

### 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(\*)

cod. comune di domicilio \*(1)

CAP \*

indirizzo di domicilio \*

livello istruzione \*

### Sezione 3 - Rapporto Agenzia/Lavoratore

numero matricola \*

numero agenzia somministrazione \*

data inizio rapporto \*

data fine rapporto (\*)

Ente previdenziale \*

Codice Ente previdenziale(1)

tipologia contrattuale \*

indennità di disponibilità

data fine proroga (\*)

data cessazione (\*)

### Sezione 3 - Ditta utilizzatrice

numero contratto somministrazione \*

data inizio contratto di somministrazione \*

data fine contratto di somministrazione (\*)

ditta utilizzatrice estera che opera in Italia

codice fiscale \*

denominazione datore di lavoro \*

cod. settore \*(1)

Pubblica Amministrazione \*

cod. comune sede legale *(1)	<input type="text"/>	CAP sede legale (*)	<input type="text"/>
indirizzo sede legale *	<input type="text"/>		
telefono sede legale (*)	<input type="text"/>	fax sede legale (*)	<input type="text"/>
e-mail sede legale (*)	<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 - Rapporto ditta utilizzatrice/lavoratore

### Dati cessazione

data cessazione *	<input type="text"/>	cod causa *	<input type="text"/>
-------------------	----------------------	-------------	----------------------

## Sezione 6 - Dati Invio

data invio (marca temporale)	<input type="text"/>	protocollo sistema (2)	<input type="text"/>
oggetto 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"/>		
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