

Comunicazione Obbligatoria Unificato Vardatori - Trasferimento

Sezione 1 - Datore di Lavoro attuale

codice fiscale *

denominazione datore di lavoro *

Dati legale rappresentante

cognome*

nome*

sexo *

data di nascita *

cod. comune o in alternativa stato estero 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 *

Pubblica Amministrazione *

cod. comune sede legale *(1)

CAP sede legale *

indirizzo sede legale *

telefono sede legale (*)

fax sede legale (*)

e-mail sede legale (*)

Sezione 2 - Trasferimenti

codice trasferimento d'azienda *

data inizio *

data fine affitto ramo d'azienda (*)

Sezione 3 - Datore di lavoro precedente

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 (*)

Sezione 3 - Sede di lavoro interessata

cod. comune sede di lavoro *(1)

CAP sede di lavoro (*)

indirizzo sede di lavoro *

telefono (*)

fax (*)

e-mail (*)

Sezione 4 - Lavoratore interessato

codice fiscale *

cognome *

nome *

cod. comune di domicilio *(1)

data inizio rapporto *

data fine rapporto (*)

Ente previdenziale *

Codice Ente previdenziale(1)

Cod Agevolazioni(1)

PAT INAIL

socio lavoratore

tipologia contrattuale *

ore settimanali medie

tipo orario *

legge 68 data nulla osta/convenzione

qualifica professionale ISTAT

legge 68 numero atto

contratto collettivo applicato (*)

livello di inquadramento (*)

Retribuzione / Compenso (*)

lavoro in agricoltura

giornate lavorative previste (*)

tipo lavorazione (*)

Sezione 4 - Dati di 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 *

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

Nota 2: Le sezioni "3 - Sede di lavoro interessata " e "4 - Lavoratore interessato" vanno compilate
per ogni lavoratore coinvolto nel trasferimento.