



Comunicazione Obbligatoria Unificato Lav

Sezione 1 - Datore di Lavoro

Codice fiscale *	<input type="text" value="80010120402"/>		
Denominazione datore di lavoro *	<input type="text" value="ORDINE DEI VETERINARI DELLA PROV. DI FORLI' - CESE"/>		
Cod. settore *(1)	<input type="text" value="94.12.1"/>		
Cod. comune sede legale *(1)	<input type="text" value="D704"/>	CAP sede legale	<input type="text" value="47121"/>
Indirizzo sede legale *	<input type="text" value="Via G. Marchini, 1"/>		
Telefono sede legale (*)	<input type="text" value="0543370484"/>	Fax sede legale (*)	<input type="text"/>
E-mail sede legale (*)	<input type="text"/>		
Cod. comune sede di lavoro *(1)	<input type="text" value="D704"/>	CAP sede di lavoro *	<input type="text" value="47121"/>
Indirizzo sede di lavoro *	<input type="text" value="Via G. Marchini, 1"/>		
Telefono sede di lavoro (*)	<input type="text" value="0543370484"/>	Fax sede di lavoro (*)	<input type="text"/>
E-mail sede di lavoro (*)	<input type="text"/>	Publica amministrazione	<input checked="" type="checkbox"/> SI

Sezione 2 - Lavoratore

Codice fiscale *	<input type="text" value="NSTRFL71M44D705T"/>	Sesso *	<input checked="" type="checkbox"/> F		
Cognome *	<input type="text" value="NESTI"/>	Nome *	<input type="text" value="RAFFAELLA"/>		
Cod. comune o in alternativa stato straniero di nascita *(1)	<input type="text" value="D705"/>				
Cod. cittadinanza *(1)	<input type="text"/>	Tipo documento (*)	<input type="checkbox"/>	Data di nascita *	<input type="text" value="04/08/1971"/>
Motivo del permesso (*)	<input type="text"/>	Numero documento	<input type="text"/>		
Sussistenza sistemazione alloggiativa	<input type="checkbox"/>	Impegno datore lavoro a pagamento spese rimpatrio	<input type="checkbox"/>		
Scadenza permesso (*)	<input type="text"/>	Comune di domicilio *(1)	<input type="text" value="D704"/>	CAP *	<input type="text" value="47121"/>
Indirizzo di domicilio *	<input type="text" value="Via Del Tesoro, 13/E"/>				
Livello di istruzione *	<input type="text"/>				

Sezione 3 - Lavoratore co-obbligato

Codice fiscale *	<input type="text"/>	Sesso *	<input type="checkbox"/>
Cognome *	<input type="text"/>	Nome *	<input type="text"/>
Cod. comune o in alternativa stato straniero di nascita *(1)	<input type="text"/>	Data di nascita *	<input type="text"/>





cod. cittadinanza *(1)

Numero documento Tipo documento (*)

Motivo del permesso (*)

Scadenza permesso (*)

Sussistenza sistemazione alloggiativa

Impegno datore lavoro a pagamento spese rimpatrio

Cod. comune di domicilio *(1)

CAP*

Indirizzo di domicilio *

Livello di istruzione *

Sezione 4 - Inizio

Data inizio *

Data fine *

Ente previdenziale *

Cod Agevolazioni

Codice Ente previdenziale(1)

Socio lavoratore *

PAT Inail *

Tipo Orario *

Tipologia contrattuale *

Ore settimanali medie

Qualifica professionale ISTAT *

Legge 68: data nulla osta/convenzione

Legge 68: numero atto

Livello di inquadramento (*)

Cod. contratto collettivo applicato (*)

Retribuzione / Compenso (*)

Giornate lavorative previste (*)

Tipo lavorazione (*)

Sezione 5- Dati Invio

Data invio *(marca temporale)

Codice comunicazione precedente

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)

Tipo di comunicazione *

Assunzione per cause di forza maggiore *

Codice comunicazione (2)

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

