

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 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 *(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 - Inizio

data inizio *	<input type="text"/>	data fine (*)	<input type="text"/>
Ente previdenziale *	<input type="text"/>	Codice Ente previdenziale(1)	<input type="text"/>
PAT INAIL *	<input type="text"/>		
Cod Agevolazioni(1)	<input type="text"/>		
tipologia contrattuale *	<input type="text"/>		
socio lavoratore *	<input type="text"/>	tipo orario *	<input type="text"/>
ore settimanali medie	<input type="text"/>	qualifica professionale ISTAT *	<input type="text"/>
legge 68 data nulla osta/convenzione	<input type="text"/>	legge 68 numero atto	<input type="text"/>
livello di inquadramento (*)	<input type="text"/>	cod. contratto collettivo applicato (*)	<input type="text"/>
Retribuzione / Compenso (*)	<input type="text"/>	giornate lavorative previste (*)	<input type="text"/>
lavoro in agricoltura	<input type="text"/>		
tipo lavorazione (*)	<input type="text"/>		

Sezione 5 - Dati Invio

data invio (marca temporale)	<input type="text"/>		
protocollo sistema (2)	<input type="text"/>		
codice comunicazione precedente	<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"/>	codice comunicazione(2)	<input type="text"/>
descrizione causa forza maggiore(*)	<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