

Agenzia regionale per il lavoro  
V.le A. Moro, 38  
40127 Bologna

## RICEVUTA DI INVIO COMUNICAZIONE ORDINARIA

**Data Ricezione:** 18/10/2024 09:09:18

**Codice Comunicazione:** 0603824303031167

**Tipo di Comunicazione:** 01 - Comunicazione Obbligatoria

**Codice Comunicazione precedente:**

---

### Dati Mittente (se diverso da datore di lavoro)

**Codice fiscale:**

**Tipologia:**

**Denominazione:** ISTITUTO COMPRENSIVO FILIPPO DE PISIS

**E-mail:** feic81300g@istruzione.it

---

### Evento

**Tipo Evento:** Cessazione

**Assunzione causa forza maggiore:** SI

**Descrizione causa forza maggiore:** Sostituzione personale assente

---

### Datore di Lavoro

**Codice Fiscale:** 93076240386

**Ragione Sociale:** ISTITUTO COMPRENSIVO F. DE PISIS

**Comune Sede Legale:** D548 - FERRARA

**Cap sede Legale:** 44124

**Indirizzo Sede Legale:** V.LE Krasnodar,102

**Telefono:** 0532901020

**Fax:**

**Email:**

**Comune Sede di Lavoro:** D548 - FERRARA

**Cap Sede di Lavoro:** 44124

**Indirizzo Sede di Lavoro:** V.LE Krasnodar,102

**Telefono:** 0532901020

**Fax:**

**Email:**

**Settore:** 85.20.00 - Istruzione primaria: scuole elementari

**Pubblica Amm.ne:** SI

---

### Rappresentante Legale

**Nome:**

**Cognome:**

**Data Nascita:**

**Comune Nascita:**

**Sesso:**

**Soggiornante in Italia:**

---

### Lavoratore

**Codice Fiscale:** SSTCRS85A62G916V

**Cognome:** SISTI

**Nome:** CLARISSA

**Sesso:** F

**Data Nascita:** 22/01/1985

**Comune Nascita:** G916 - PORTOMAGGIORE

**Comune Domicilio:** G916 - PORTOMAGGIORE

**Indirizzo Domicilio:** VIA PRONDOLO 60

**Livello Istruzione:** 70 - LAUREA - Vecchio o nuovo ordinamento

**Cittadinanza:** 000 - ITALIANA

**Titolo di Soggiorno:**

**Numero titolo di soggiorno:**

**Motivo titolo di soggiorno:**

**Scadenza titolo di soggiorno:**

**Questura di rilascio titolo di soggiorno:**

**Sussistenza delle sistemazioni alloggiative:**

**Impegno del datore di lavoro al pagamento delle spese per il rimpatrio:**

---

#### Dati Rapporto

---

**Data Inizio:** 02/10/2024

**Data Fine:** 31/10/2024

**Data fine Periodo Formativo:**

**Ente previdenziale:** 01 - INPS

**Codice Ente previdenziale:** 0000000000000000

**PAT Inail:** 99992000

**Tipologia contrattuale:** A.02.01 - LAVORO A TEMPO DETERMINATO PER SOSTITUZIONE

**Lavoro in Mobilità:** NO

**Lavoro stagionale:** NO

**Socio Lavoratore:** NO

**Orario:** F - TEMPO PIENO

**Ore Settimanali medie:**

**Qualifica:** 2.6.5.1.0.3 - INSEGNANTE DI SOSTEGNO

**Assunzione Obbligatoria:** NO

**Tipo Lavorazione:**

**Categoria lavoratore Assunzione Obbligatoria:**

**CCNL:** 8390 - SCUOLA PUBBLICA - Personale Docente

**Lavoro in agricoltura:** NO

**Giornate previste:**

**Livello inquadramento:** 000002 - Scuola Media

**Retribuzione/Compenso:** 24865

---

#### Cessazione

---

**Data cessazione:** 31/10/2024

**Motivo:** MT - MODIFICA DEL TERMINE INIZIALMENTE FISSATO

---