

## REGIONE CALABRIA

## RICEVUTA DI INVIO COMUNICAZIONE ORDINARIA

Data Ricezione: 10/01/2024 10:44:09

Codice Comunicazione: 0410124200031621

Tipo di Comunicazione: 01 - Comunicazione Obbligatoria

Codice Comunicazione precedente:

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

Codice fiscale:

Tipologia:

Denominazione: ISTITUTO COMPRESIVO "ABATE FABIO DI BONA" - CUTRO

E-mail: kric826005@istruzione.it

## Evento

Tipo Evento: Avviamento

Assunzione causa forza maggiore: NO

Descrizione causa forza maggiore:

## Datore di Lavoro

Codice Fiscale: 91002930799

Ragione Sociale: ISTITUTO COMPRESIVO A.F.DI BONA

Comune Sede Legale: D236 - CUTRO

Indirizzo Sede Legale: VIA ROSITO

Fax:

Comune Sede di Lavoro: D236 - CUTRO

Indirizzo Sede di Lavoro: VIA ROSITO

Fax:

Settore: 84.12.20 - Regolamentazione dell'attività degli organismi preposti all'istruzione

Pubblica Amm.ne: SI

Cap sede Legale: 88842

Telefono: 0962773456

Email: KRIC826005@ISTRUZIONE.IT

Cap Sede di Lavoro: 88842

Telefono: 0962773456

Email: KRIC826005@ISTRUZIONE.IT

## Rappresentante Legale

Nome: VINCENZO

Cognome: CORIGLIANO

Data Nascita: 06/02/1965

Comune Nascita: I026 - SAN MAURO MARCHESATO

Sesso: M

Soggiornante in Italia:

## Lavoratore

Codice Fiscale: RSSGPP76M47D122E

Cognome: RUSSO

Sesso: F

Comune Nascita: D122 - CROTONE

Indirizzo Domicilio: VIA G. SARAGAT, 6

Livello Istruzione: 40 - DIPLOMA DI ISTRUZIONE SECONDARIA SUPERIORE CHE PERMETTE L'ACCESSO ALL'UNIVERSITA'

Cittadinanza: 000 - ITALIANA

Nome: GIUSEPPINA

Data Nascita: 07/08/1976

Comune Domicilio: D236 - CUTRO

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:** 08/01/2024

**Data Fine:** 12/01/2024

**Data fine Periodo Formativo:**

**Ente previdenziale:** 01 - INPS

**Codice Ente previdenziale:** 01

**PAT Inail:** 0000000000

**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:** 24

**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:** 000003 - Scuola Elementare

**Retribuzione/Compenso:** 21819

---

STAFF TECNICO DI AZIENDA CALABRIA LAVORO