

**COMUNICAZIONE OBBLIGATORIA UNIFICATO LAV (ASSUNZIONE)**

| DATORE DI LAVORO                                                           |  |                         |  |
|----------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------|--|
| Codice fiscale: 80010900282                                                |  |                         |  |
| <b>Denominazione datore di lavoro:</b> ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE PARINI |  |                         |  |
| Settore: 85.31.10 - ISTRUZIONE SECONDARIA DI PRIMO GRADO: SCUOLE MEDIE     |  |                         |  |
| Cognome Legale Rappresentante:                                             |  |                         |  |
| Nome:                                                                      |  | Sesso:                  |  |
| Comune o in alternativa stato straniero di nascita: -                      |  |                         |  |
| Cittadinanza: -                                                            |  | Data di nascita:        |  |
| Tipo di documento:                                                         |  | Numero di documento:    |  |
| Motivo del permesso:                                                       |  | Scadenza del permesso:  |  |
| Questura:                                                                  |  | Soggiorno in Italia: No |  |
| Comune sede legale: B563 - CAMPOSAMPIERO                                   |  | CAP sede 35012          |  |
| Indirizzo sede legale: VIA FILIPPETTO,12                                   |  |                         |  |
| Telefono sede legale: 0495790500                                           |  | Fax sede legale:        |  |
| E-mail sede legale:                                                        |  |                         |  |
| Comune sede lavoro: B563 - CAMPOSAMPIERO                                   |  | CAP sede 35012          |  |
| Indirizzo sede lavoro: VIA FILIPPETTO,12                                   |  |                         |  |
| Telefono sede lavoro: 0495790500                                           |  | Fax sede lavoro:        |  |
| E-mail sede lavoro:                                                        |  | Azienda pubblica: Si    |  |

| LAVORATORE                                                               |  |                                                                     |  |
|--------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------|--|
| Codice fiscale: CNCLSN74T53B563D                                         |  |                                                                     |  |
| <b>Cognome:</b> CONCOLLATO                                               |  |                                                                     |  |
| <b>Nome:</b> ALESSANDRA                                                  |  | Sesso: F                                                            |  |
| Comune o in alternativa stato straniero di nascita: B563 - CAMPOSAMPIERO |  |                                                                     |  |
| Cittadinanza: 000 - ITALIANA                                             |  | Data di nascita: 13/12/1974                                         |  |
| Tipo di documento:                                                       |  | Numero di documento:                                                |  |
| Motivo del permesso:                                                     |  | Scadenza del permesso:                                              |  |
| Questura:                                                                |  |                                                                     |  |
| Sussistenza della sistemazione alloggiativa:                             |  | Impegno datore di lavoro al pagamento delle spese per il rimpatrio: |  |
| Comune domicilio: F033 - MASSANZAGO                                      |  | CAP: 35010                                                          |  |
| Indirizzo di domicilio: VIA RINALDI N. 8                                 |  |                                                                     |  |
| Livello di istruzione: LAUREA - VECCHIO O NUOVO ORDINAMENTO              |  |                                                                     |  |

**LAVORATORE CO-OBBLIGATO**

|                                                     |                                                                        |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Codice fiscale:                                     |                                                                        |
| Cognome:                                            |                                                                        |
| Nome:                                               | sessu:                                                                 |
| Comune o in alternativa stato straniero di nascita: |                                                                        |
| Cittadinanza:                                       | Data di nascita:                                                       |
| Tipo di documento:                                  | Numero di documento:                                                   |
| Motivo del permesso:                                | Scadenza del permesso:                                                 |
| Questura:                                           |                                                                        |
| Sussistenza della sistemazione<br>alloggiativa:     | Impegno datore di lavoro al pagamento delle spese per il<br>rimpatrio: |
| Comune domicilio:                                   | CAP:                                                                   |
| Indirizzo di domicilio:                             |                                                                        |
| Livello di istruzione:                              |                                                                        |

**RAPPORTO LAVORO**

|                                                                               |                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Data inizio: 10/02/2020                                                       | Data fine 14/02/2020                                   |
| Data fine periodo formativo:                                                  | C.f. soggetto promotore:                               |
| Ente previdenziale: INPS                                                      |                                                        |
| Codice ente previdenziale: 0000000000000000                                   |                                                        |
| PAT INAIL: 99992000                                                           |                                                        |
| Tipologia contrattuale: A.02.01 - LAVORO A TEMPO DETERMINATO PER SOSTITUZIONE |                                                        |
| Lavoratore in mobilita: NO                                                    | Lavoro stagionale: NO                                  |
| Socio lavoratore: NO                                                          | Lavoro in agricoltura: NO                              |
| Tipo orario: TEMPO PIENO                                                      | Ore settimanali medie:                                 |
| Qualifica professionale ISTAT: 2.6.4.1.0.1 - INSEGNANTE ELEMENTARE            |                                                        |
| Assunzione<br>obbligatoria: NO                                                | Categoria lavoratore per<br>assunzione obbligatoria: - |
| Contratto collettivo applicato: 8390 - SCUOLA PUBBLICA - Personale Docente    |                                                        |
| Livello di inquadramento: Scuola Materna                                      | Retribuzione/compenso 21972                            |
| Giornate previste:                                                            | Tipo                                                   |

**DATI VARIAZIONE****DATI PROROGA**

Data fine proroga:

**DATI TRASFORMAZIONE**

Data trasformazione:

data fine distacco

Trasformazione:

Comune sede di lavoro precedente:

Indirizzo sede di lavoro precedente:

**DATI CESSAZIONE**

Data cessazione:

Causa:

**DATORE DI LAVORO PRESSO IL QUALE IL LAVORATORE VIENE DISTACCATO**

Distacco parziale:

Distacco estero:

Codice fiscale datore distaccatario:

Denominazione datore di lavoro distaccatario:

Settore:

PAT INAIL:

Comune sede di lavoro:

-

Cap sede di lavoro:

Indirizzo sede lavoro:

Telefono sede lavoro:

fax sede lavoro:

E-mail sede lavoro:

**DATI INVIO**

Data invio: 12/02/2020 09:05:43

Assunzione per cause di forza maggiore: Si

Descrizione cause di forza maggiore: SOSTITUZIONE PERSONALE ASSENTE

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):

Mail del soggetto che effettua la comunicazione: pdic89200r@istruzione.it

Codice fiscale del soggetto che ha sottoscritto l'Accordo di Servizio:

FRRGNN63R41G224Z

Codice fiscale dell'utente delegato:

Tipo comunicazione: COMUNICAZIONE

Codice comunicazione:

2100020300207724

Codice comunicazione precedente:

Motivo annullamento:

Descrizione motivo  
annullamento:

Note: