

COMUNICAZIONE OBBLIGATORIA UNIFICATO LAV (ASSUNZIONE)

DATORE DI LAVORO			
Codice fiscale: 80010900282			
Denominazione datore di lavoro: 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: FRLMBR94T57G224Q			
Cognome: FURLAN			
Nome: AMBRA		Sesso: F	
Comune o in alternativa stato straniero di nascita: G224 - PADOVA			
Cittadinanza: 000 - ITALIANA		Data di nascita: 17/12/1994	
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: G855 - PONTE SAN NICOLO'		CAP: 35020	
Indirizzo di domicilio: VIA BOLOGNA N. 34/A			
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 alloggiativa:	Impegno datore di lavoro al pagamento delle spese per il rimpatrio:
Comune domicilio:	CAP:
Indirizzo di domicilio:	
Livello di istruzione:	

RAPPORTO LAVORO

Data inizio: 11/02/2020	Data fine 11/02/2020
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 PARZIALE ORIZZONTALE	Ore settimanali medie: 18
Qualifica professionale ISTAT: 2.6.4.2.0.2 - INSEGNANTE DI SCUOLA MATERNA	
Assunzione obbligatoria: NO	Categoria lavoratore per assunzione obbligatoria: -
Contratto collettivo applicato: 8390 - SCUOLA PUBBLICA - Personale Docente	
Livello di inquadramento: Scuola Materna	Retribuzione/compenso 15869
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: 11/02/2020 13:18:20

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:

2100020300205096

Codice comunicazione precedente:

Motivo annullamento:

Descrizione motivo
annullamento:

Note: