

COMUNICAZIONE OBBLIGATORIA UNIFICATO LAV (CESSAZIONE)

DATORE DI LAVORO			
Codice fiscale: 82011520275			
Denominazione datore di lavoro: ISTITUTO COMPRENSIVO DI SCUOLA MATERNA ELEMENTARE			
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: B546 - CAMPOLONGO MAGGIORE		CAP sede 30010	
Indirizzo sede legale: VIA ROMA 47			
Telefono sede legale: 0495848146		Fax sede legale: 0499744126	
E-mail sede legale: VEIC80800A@ISTRUZIONE.IT			
Comune sede lavoro: B546 - CAMPOLONGO MAGGIORE		CAP sede 30010	
Indirizzo sede lavoro: VIA ROMA 47			
Telefono sede lavoro: 0495848146		Fax sede lavoro: 0499744126	
E-mail sede lavoro: VEIC80800A@ISTRUZIONE.IT		Azienda pubblica: Si	

LAVORATORE			
Codice fiscale: TZTZN74P59G693W			
Cognome: TIOZZO CAENAZZO			
Nome: TIZIANA		Sesso: F	
Comune o in alternativa stato straniero di nascita: G693 - PIOVE DI SACCO			
Cittadinanza: 000 - ITALIANA		Data di nascita: 19/09/1974	
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: C638 - CHIOGGIA		CAP: 30015	
Indirizzo di domicilio: VIA VIALE MEDITERRANEO 695			
Livello di istruzione: LICENZA MEDIA			

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: 08/10/2020	Data fine: 08/10/2020		
Data fine periodo formativo:	C.f. soggetto promotore:		
Ente previdenziale: INPS			
Codice ente previdenziale:			
PAT INAIL: 99992000			
Tipologia contrattuale: A.02.00 - LAVORO A TEMPO DETERMINATO			
Lavoratore in mobilita: NO	Lavoro stagionale: NO	Socio lavoratore: NO	Lavoro in agricoltura: NO
Tipo orario: TEMPO PARZIALE VERTICALE		Ore settimanali medie: 10	
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 annua lorda: 8754	
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: 08/10/2020

Causa: AL - ALTRO

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: 08/04/2021 15:30:41

Assunzione per cause di forza maggiore: No

Descrizione cause di forza maggiore:

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: veic80800a@istruzione.it

Codice fiscale del soggetto che ha sottoscritto l'Accordo di Servizio: BSCCST76H62G157F

Codice fiscale dell'utente delegato:

Tipo comunicazione: COMUNICAZIONE Codice comunicazione: 2100021200386889

Codice comunicazione precedente:

Motivo annullamento:

Descrizione motivo annullamento:

Note: