

**COMUNICAZIONE OBBLIGATORIA UNIFICATO LAV (ASSUNZIONE)****DATORE DI LAVORO**

Codice fiscale: 90159770271	
<b>Denominazione datore di lavoro:</b> ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE ALVISE PISANI	
Settore: 85.10.00 - ISTRUZIONE DI GRADO PREPARATORIO: SCUOLE DELL'INFANZIA, SCUOLE SPECIALI	
Cognome Legale Rappresentante:	
Nome:	Sesso:
Comune o in alternativa stato straniero di nascita: -	
Cittadinanza: -	Data di nascita:
Tipo di documento:	
Motivo del permesso:	
Questura:	
Comune sede legale: I965 - STRA	
Indirizzo sede legale: VIA FOSSOLOVARA 37	
Telefono sede legale: 0499800893	Fax sede legale: 0499800108
E-mail sede legale: VEIC86400P@ISTRUZIONE.IT	
Comune sede lavoro: I965 - STRA	
Indirizzo sede lavoro: VIA FOSSOLOVARA 37	
Telefono sede lavoro: 0499800893	Fax sede lavoro: 0499800108
E-mail sede lavoro: VEIC86400P@ISTRUZIONE.IT	Azienda pubblica: Si

**LAVORATORE**

Codice fiscale: BTTLRT89T16G224V	
<b>Cognome:</b> BETTIN	
Nome: ALBERTO	Sesso: M
Comune o in alternativa stato straniero di nascita: G224 - PADOVA	
Cittadinanza: 000 - ITALIANA	Data di nascita: 16/12/1989
Tipo di documento:	
Motivo del permesso:	
Questura:	
Sussistenza della sistemazione alloggiativa:	Impegno datore di lavoro al pagamento delle spese per il rimpatrio:
Comune domicilio: L900 - VIGONZA	
Indirizzo di domicilio: VIA VIA CHIESA N. 8/B	
Livello di istruzione: DIPLOMA DI ISTRUZIONE SECONDARIA SUPERIORE CHE PERMETTE L'ACCESSO ALL'UNIVERSITA'	

**LAVORATORE CO-OBLIGATO**

Codice fiscale:

Cognome:

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:

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: 24/03/2025 Data fine 24/03/2025

Data fine periodo formativo: C.f. soggetto promotore:

Ente previdenziale: INPS

Codice ente previdenziale:

PAT INAIL: 9287111853

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

Lavoratore in mobilità: NO Lavoro stagionale: NO Socio lavoratore: NO Lavoro in agricoltura: NO

Tipo orario: TEMPO PIENO Ore settimanali medie:

Qualifica professionale ISTAT: 2.6.5.1.0.3 - INSEGNANTE DI SOSTEGNO

Assunzione obbligatoria: NO Categoria lavoratore per assunzione obbligatoria: -

Contratto collettivo applicato: 8390 - SCUOLA PUBBLICA - Personale Docente

Livello di inquadramento: Scuola Materna Retribuzione annua lorda: 21819

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: 24/03/2025 10:07:26

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: VEIC86400P@ISTRUZIONE.IT

Codice fiscale del soggetto che ha sottoscritto l'Accordo di Servizio: FRLLRT68A29C957I

Codice fiscale dell'utente delegato:

Tipo comunicazione: COMUNICAZIONE Codice comunicazione: 2100025200434225

Codice comunicazione precedente:

Motivo annullamento:

Descrizione motivo  
annullamento:

Note: