

COMUNICAZIONE OBBLIGATORIA UNIFICATO LAV (ASSUNZIONE)

DATORE DI LAVORO			
Codice fiscale: 83003630247			
Denominazione datore di lavoro: I.C. CISCATO - MALO			
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: E864 - MALO		CAP sede 36034	
Indirizzo sede legale: VIA MARANO, 53			
Telefono sede legale: 0445.605202		Fax sede legale:	
E-mail sede legale:			
Comune sede lavoro: E864 - MALO		CAP sede 36034	
Indirizzo sede lavoro: VIA MARANO, 53			
Telefono sede lavoro: 0445.605202		Fax sede lavoro:	
E-mail sede lavoro:		Azienda pubblica: Si	

LAVORATORE			
Codice fiscale: ZNLFBL76T43E864M			
Cognome: ZANELLA			
Nome: FABIOLA		Sesso: F	
Comune o in alternativa stato straniero di nascita: E864 - MALO			
Cittadinanza: 000 - ITALIANA		Data di nascita: 03/12/1976	
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: E864 - MALO		CAP: 36034	
Indirizzo di domicilio: VIA DALL'OLMO, 24			
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: 05/09/2022	Data fine: 30/06/2023		
Data fine periodo formativo:	C.f. soggetto promotore:		
Ente previdenziale: INPS			
Codice ente previdenziale: 0000000000000000			
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 ORIZZONTALE		Ore settimanali medie: 12	
Qualifica professionale ISTAT: 8.1.5.1.0.4 - COLLABORATORE SCOLASTICO - BIDELLO			
Assunzione obbligatoria: NO	Categoria lavoratore per assunzione obbligatoria:	-	
Contratto collettivo applicato: 8380 - SCUOLA PUBBLICA - Personale ATA			
Livello di inquadramento: A		Retribuzione annua lorda:	5850
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: 17/07/2023 08:38:38

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: viic80800n@istruzione.it

Codice fiscale del soggetto che ha sottoscritto l'Accordo di Servizio: SCTMNL62R70A944I

Codice fiscale dell'utente delegato:

Tipo comunicazione: COMUNICAZIONE Codice comunicazione: 2100023301120462

Codice comunicazione precedente:

Motivo annullamento:

Descrizione motivo annullamento:

Note: