

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

Codice fiscale: 84007190246

**Denominazione datore di lavoro:** ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "B. NODARI"

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: E731 - LUGO DI VICENZA CAP sede 36030

Indirizzo sede legale: VIA MATTEOTTI 28

Telefono sede legale: 0445860571 Fax sede legale: 0445860555

E-mail sede legale: VIIC82500B@ISTRUZIONE.IT

Comune sede lavoro: E731 - LUGO DI VICENZA CAP sede 36030

Indirizzo sede lavoro: VIA VIA MATTEOTTI 26

Telefono sede lavoro: 0445860571 Fax sede lavoro: 0445860555

E-mail sede lavoro: VIIC82500B@ISTRUZIONE.IT Azienda pubblica: Si

**LAVORATORE**

Codice fiscale: PLGFBA60C19L157F

**Cognome:** POLGA

Nome: FABIO Sesso: M

Comune o in alternativa stato straniero di nascita: L157 - THIENE

Cittadinanza: 000 - ITALIANA Data di nascita: 19/03/1960

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: E731 - LUGO DI VICENZA CAP: 36030

Indirizzo di domicilio: VIA VIA ANTONIO FOGAZZARO 5

Livello di istruzione: LAUREA - VECCHIO O NUOVO ORDINAMENTO

**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: 02/09/2023

Data fine 31/08/2024

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

Tipo orario: TEMPO PARZIALE VERTICALE Ore settimanali medie: 12

Qualifica professionale ISTAT: 2.6.3.3.2.3 - DOCENTE DI MATEMATICA E SCIENZE

Assunzione obbligatoria: NO Categoria lavoratore per assunzione obbligatoria: -

Contratto collettivo applicato: 8390 - SCUOLA PUBBLICA - Personale Docente

Livello di inquadramento: Scuola Media Retribuzione annua lorda: 15780

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: 06/08/2024 10:30:27

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: viic82500b@istruzione.it

Codice fiscale del soggetto che ha sottoscritto l'Accordo di Servizio: CTTLRA68T41A577F

Codice fiscale dell'utente delegato:

Tipo comunicazione: ANNULLAMENTO Codice comunicazione: 2100024201231825

Codice comunicazione precedente: 2100023201378383

Motivo annullamento:

Descrizione motivo  
annullamento:

Note: