

**COMUNICAZIONE OBBLIGATORIA UNIFICATO LAV (PROROGA)**

DATORE DI LAVORO	
Codice fiscale: 80021370244	
<b>Denominazione datore di lavoro:</b> I.C. GALILEI - ISOLA VICENTINA	
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: E354 - ISOLA VICENTINA	CAP sede 36033
Indirizzo sede legale: VIA ALDO MORO, 65	
Telefono sede legale: 0444.976132	Fax sede legale:
E-mail sede legale:	
Comune sede lavoro: E354 - ISOLA VICENTINA	CAP sede 36033
Indirizzo sede lavoro: VIA ALDO MORO, 65	
Telefono sede lavoro: 0444.976132	Fax sede lavoro:
E-mail sede lavoro:	Azienda pubblica: Si

LAVORATORE	
Codice fiscale: MNCMGH96M69D843T	
<b>Cognome:</b> MANCONE	
<b>Nome:</b> MARGHERITA	Sesso: F
Comune o in alternativa stato straniero di nascita: D843 - GAETA	
Cittadinanza: 000 - ITALIANA	Data di nascita: 29/08/1996
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: F352 - MONDRAGONE	CAP: 81034
Indirizzo di domicilio: VIA SAN CARLO, 4	
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: 15/01/2023	Data fine		
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 PIENO	Ore settimanali medie:		
Qualifica professionale ISTAT: 2.6.3.3.1.9 - INSEGNANTE DI LETTERE (SCUOLA MEDIA)			
Assunzione obbligatoria: NO	Categoria lavoratore per assunzione obbligatoria:	-	
Contratto collettivo applicato: 8390 - SCUOLA PUBBLICA - Personale Docente			
Livello di inquadramento: Scuola Media	Retribuzione annua lorda: 24741		
Giornate previste:	Tipo		

**DATI VARIAZIONE****DATI PROROGA**

Data fine proroga: 14/03/2023

**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: 16/01/2023 12:16:02

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: viic83200e@istruzione.it

Codice fiscale del soggetto che ha sottoscritto l'Accordo di Servizio: BTTGNN65A26L157N

Codice fiscale dell'utente delegato:

Tipo comunicazione: COMUNICAZIONE Codice comunicazione: 2100023300082683

Codice comunicazione precedente:

Motivo annullamento:

Descrizione motivo annullamento:

Note: