

COMUNICAZIONE OBBLIGATORIA UNIFICATO LAV (PROROGA)

DATORE DI LAVORO			
Codice fiscale: 84006650240			
Denominazione datore di lavoro: I.C. STATALE T. VECELLIO - SARCEDO			
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: I425 - SARCEDO		CAP sede 36030	
Indirizzo sede legale: VIA TIZIANO VECELLIO 28			
Telefono sede legale: 0445884178		Fax sede legale:	
E-mail sede legale:			
Comune sede lavoro: I425 - SARCEDO		CAP sede 36030	
Indirizzo sede lavoro: VIA TIZIANO VECELLIO 28			
Telefono sede lavoro: 0445884178		Fax sede lavoro:	
E-mail sede lavoro:		Azienda pubblica: Si	

LAVORATORE			
Codice fiscale: FBRMHL97H01A703B			
Cognome: FABRIS			
Nome: MICHAEL		Sesso: M	
Comune o in alternativa stato straniero di nascita: A703 - BASSANO DEL GRAPPA			
Cittadinanza: 000 - ITALIANA		Data di nascita: 01/06/1997	
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: M426 - COLCERESA		CAP: 36064	
Indirizzo di domicilio: VIA BRAGLIO, 37			
Livello di istruzione: DIPLOMA DI ISTRUZIONE SECONDARIA SUPERIORE CHE PERMETTE L'ACCESSO ALL'UNIVERSITA'			

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: 01/09/2025	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: 2.6.4.1.0 - DOCENTI DI SCUOLA PRIMARIA	
Assunzione obbligatoria: NO	Categoria lavoratore per assunzione obbligatoria: -
Contratto collettivo applicato: 8390 - SCUOLA PUBBLICA - Personale Docente	
Livello di inquadramento: Scuola Elementare	Retribuzione annua lorda: 23966
Giornate previste:	Tipo

DATI VARIAZIONE**DATI PROROGA**

Data fine proroga: 29/05/2026

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: 23/12/2025 08:34:28

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: viic83800d@istruzione.it

Codice fiscale del soggetto che ha sottoscritto l'Accordo di Servizio: DMTMLN77H51I119I

Codice fiscale dell'utente delegato:

Tipo comunicazione: COMUNICAZIONE Codice comunicazione: 2100025302035408

Codice comunicazione precedente:

Motivo annullamento:

Descrizione motivo annullamento:

Note: