

**COMUNICAZIONE OBBLIGATORIA UNIFICATO LAV (ASSUNZIONE)**

DATORE DI LAVORO			
Codice fiscale: 84006650240			
<b>Denominazione datore di lavoro:</b> I.C. STATALE T. VECELLIO - SARCEDO			
Settore: 85.20.00 - ISTRUZIONE PRIMARIA: SCUOLE ELEMENTARI			
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: CSRPRI85H50L5511			
<b>Cognome:</b> CASARA			
<b>Nome:</b> PIERA		Sesso: F	
Comune o in alternativa stato straniero di nascita: L551 - VALDAGNO			
Cittadinanza: 000 - ITALIANA		Data di nascita: 10/06/1985	
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: E354 - ISOLA VICENTINA		CAP: 36033	
Indirizzo di domicilio: VIA LOMBARDA, 8/A			
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: 09/11/2020	Data fine: 13/01/2021		
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: 2.6.3.3.1.16 - PROFESSORE DI LINGUE (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: 23837		
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: 11/11/2020 09:47:38

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: viic83800d@istruzione.it

Codice fiscale del soggetto che ha sottoscritto l'Accordo di Servizio: BRCRNI76E52A515G

Codice fiscale dell'utente delegato:

Tipo comunicazione: COMUNICAZIONE Codice comunicazione: 2100020301442836

Codice comunicazione precedente:

Motivo annullamento:

Descrizione motivo annullamento:

Note: