

COMUNICAZIONE OBBLIGATORIA UNIFICATO LAV (ASSUNZIONE)

| 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: ZLPRNN88E47I531M | |
| Cognome: ZULPO | |
| Nome: ARIANNA | Sesso: F |
| Comune o in alternativa stato straniero di nascita: I531 - SCHIO | |
| Cittadinanza: 000 - ITALIANA | Data di nascita: 07/05/1988 |
| 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: I531 - SCHIO | CAP: 36015 |
| Indirizzo di domicilio: VIA G.D'ANNUNZIO,37 - COMUNE: SCHIO - V | |
| 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: 17/09/2025 | Data fine: 30/06/2026 | | |
| 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 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 Materna | Retribuzione annua lorda: 23966 | | |
| 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: 19/09/2025 13:50:20

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:

2100025301474894

Codice comunicazione precedente:

Motivo annullamento:

Descrizione motivo annullamento:

Note: