

**Comunicazione Obbligatoria Unificato Lav (Assunzione)**

| <b>Datore di Lavoro</b>                                                        |  |                             |  |
|--------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------|--|
| codice fiscale: 00190690263                                                    |  |                             |  |
| denominazione datore di lavoro: CANTINA DI CONEGLIANO E VITTORIO VENETO S.A.C. |  |                             |  |
| settore: 01.21.00 - COLTIVAZIONE DI UVA                                        |  |                             |  |
| 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: M089 - VITTORIO VENETO                                     |  | CAP sede legale: 31029      |  |
| indirizzo sede legale: VIA DEL CAMPARDO 3                                      |  |                             |  |
| telefono sede legale: 0438500209                                               |  | fax sede legale: 0438501779 |  |
| e-mail sede legale: INFO@CANTINAVITTORIO.IT                                    |  |                             |  |
| comune sede lavoro: M089 - VITTORIO VENETO                                     |  | CAP sede lavoro: 31029      |  |
| indirizzo sede lavoro: VIA DEL CAMPARDO 3                                      |  |                             |  |
| telefono sede lavoro: 0438500209                                               |  | fax sede lavoro: 0438501779 |  |
| e-mail sede lavoro: C.S.VITTORIOV@LIBERO.IT                                    |  | azienda pubblica: No        |  |

| <b>Lavoratore</b>                                                          |  |                                                                     |  |
|----------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------|--|
| codice fiscale: ZMNWFR84E15M089N                                           |  |                                                                     |  |
| cognome: ZAMUNER                                                           |  |                                                                     |  |
| nome: WILFRIED                                                             |  | sesso: M                                                            |  |
| comune o in alternativa stato straniero di nascita: M089 - VITTORIO VENETO |  |                                                                     |  |
| cittadinanza: 000 - ITALIANA                                               |  | data di nascita: 15/05/1984                                         |  |
| 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: D794 - FREGONA                                           |  | CAP: 31010                                                          |  |
| indirizzo di domicilio: VIA LUGHERA 17                                     |  |                                                                     |  |
| 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:                    | 01/09/2015                                                                                                                                              | data fine                    | 14/10/2015             |
| data fine periodo formativo:    | c.f. soggetto promotore:                                                                                                                                |                              |                        |
| ente previdenziale:             | INPS                                                                                                                                                    |                              |                        |
| codice ente previdenziale:      |                                                                                                                                                         |                              |                        |
| PAT INAIL:                      | 41077661                                                                                                                                                |                              |                        |
| tipologia contrattuale:         | A.02.00 - LAVORO A TEMPO DETERMINATO                                                                                                                    |                              |                        |
| Lavoratore in mobilita:         | NO                                                                                                                                                      | Lavoro stagionale:           | SI                     |
| Socio lavoratore:               | NO                                                                                                                                                      | lavoro in agricoltura:       | SI                     |
| Tipo orario:                    | TEMPO PIENO                                                                                                                                             |                              | ore settimanali medie: |
| qualifica professionale ISTAT:  | 8.1.3.1.0.17 - MANOVALE DI CANTINA                                                                                                                      |                              |                        |
| Assunzione L.68/99:             | NO                                                                                                                                                      | data nulla osta/convenzione: | numero atto:           |
| contratto collettivo applicato: | 015 - C.C.N.L. PER I DIPENDENTI DALLE IMPRESE COOPERATIVE DI TRASFORMAZIONE DEI PRODOTTI AGRICOLI E ZOOTECNICI E DI LAVORAZIONE DI PRODOTTI ALIMENTARI. |                              |                        |
| livello di inquadramento:       | 5                                                                                                                                                       | retribuzione/compenso:       | 4000                   |
| giornate previste:              | 38                                                                                                                                                      | tipo lavorazione:            |                        |
| Agevolazioni:                   |                                                                                                                                                         |                              |                        |

**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: 31/08/2015 10:59:36

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:

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

ZNTSFN60L24Z103A

codice fiscale dell'utente delegato:

tipo comunicazione: COMUNICAZIONE OBBLIGATORIA

codice comunicazione:

2100015201027814

codice comunicazione precedente:

motivo annullamento:

descrizione motivo annullamento:

note: