

**COMUNICAZIONE OBBLIGATORIA UNIFICATO LAV (TRASFORMAZIONE)**

| DATORE DI LAVORO                                                                      |  |                             |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------|--|
| Codice fiscale: 00190690263                                                           |  |                             |  |
| <b>Denominazione datore di lavoro:</b> 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 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 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        |  |

| LAVORATORE                                                                                               |  |                                                                     |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------|--|
| Codice fiscale: CSGVNI95M09M089M                                                                         |  |                                                                     |  |
| <b>Cognome:</b> CASAGRANDE                                                                               |  |                                                                     |  |
| <b>Nome:</b> IVAN                                                                                        |  | Sesso: M                                                            |  |
| Comune o in alternativa stato straniero di nascita: M089 - VITTORIO VENETO                               |  |                                                                     |  |
| Cittadinanza: 000 - ITALIANA                                                                             |  | Data di nascita: 09/08/1995                                         |  |
| 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: I435 - SARMEDE                                                                         |  | CAP: 31026                                                          |  |
| Indirizzo di domicilio: VIA VIA MADONNETTA 7                                                             |  |                                                                     |  |
| 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<br>alloggiativa:     | Impegno datore di lavoro al pagamento delle spese per il<br>rimpatrio: |
| Comune domicilio:                                   | CAP:                                                                   |
| Indirizzo di domicilio:                             |                                                                        |
| Livello di istruzione:                              |                                                                        |

**RAPPORTO LAVORO**

|                                                                                                                                                                                                |                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Data inizio: 27/07/2015                                                                                                                                                                        | Data fine                                              |
| Data fine periodo formativo:                                                                                                                                                                   | C.f. soggetto promotore:                               |
| Ente previdenziale: INPS                                                                                                                                                                       |                                                        |
| Codice ente previdenziale:                                                                                                                                                                     |                                                        |
| PAT INAIL: 41077661                                                                                                                                                                            |                                                        |
| Tipologia contrattuale: A.01.00 - LAVORO A TEMPO INDETERMINATO                                                                                                                                 |                                                        |
| Lavoratore in mobilita: NO                                                                                                                                                                     | Lavoro stagionale: NO                                  |
| 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<br>obbligatoria: NO                                                                                                                                                                 | Categoria lavoratore per<br>assunzione obbligatoria: - |
| Contratto collettivo applicato: 015 - C.C.N.L. PER I DIPENDENTI DALLE IMPRESE COOPERATIVE DI<br>TRASFORMAZIONE DEI PRODOTTI AGRICOLI E ZOOTECCNICI E DI LAVORAZIONE<br>DI PRODOTTI ALIMENTARI. |                                                        |
| Livello di inquadramento: 5                                                                                                                                                                    | Retribuzione/compenso 22000                            |
| Giornate previste:                                                                                                                                                                             | Tipo                                                   |
| Agevolazioni:                                                                                                                                                                                  |                                                        |

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

Data fine proroga:

**DATI TRASFORMAZIONE**

Data trasformazione: 11/06/2016

data fine distacco

Trasformazione: DI - TRASFORMAZIONE DA TEMPO DETERMINATO A TEMPO INDETERMINATO

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: 06/06/2016 11:12:20

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: 2100016200620520

Codice comunicazione precedente:

Motivo annullamento:

Descrizione motivo  
annullamento:

Note: