

COMUNICAZIONE OBBLIGATORIA UNIFICATO LAV (PROROGA)

DATORE DI LAVORO			
Codice fiscale: 00190690263			
Denominazione datore di 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: CSGDNL92E15M089E			
Cognome: CASAGRANDE			
Nome: DANIEL		Sesso: M	
Comune o in alternativa stato straniero di nascita: M089 - VITTORIO VENETO			
Cittadinanza: 000 - ITALIANA		Data di nascita: 15/05/1992	
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: M089 - VITTORIO VENETO		CAP: 31029	
Indirizzo di domicilio: VIA SAN FLORIANO 57			
Livello di istruzione: LICENZA MEDIA			

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: 14/09/2016	Data fine 14/10/2016
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 obbligatoria: NO	Categoria lavoratore per assunzione obbligatoria: -
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 4500
Giornate previste: 92	Tipo
Agevolazioni:	

DATI VARIAZIONE**DATI PROROGA**

Data fine proroga / prosecuzione di fatto: 23/12/2016

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: 13/10/2016 10:48:18

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 Codice comunicazione: 2100016201188565

Codice comunicazione precedente:

Motivo annullamento:

Descrizione motivo
annullamento:

Note: