

**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: BRSGNN94D22L407O                                                                         |  |                                                                     |  |
| cognome: BORSA                                                                                           |  |                                                                     |  |
| nome: GIOVANNI MARIA                                                                                     |  | sesso: M                                                            |  |
| comune o in alternativa stato straniero di nascita: L407 - TREVISO                                       |  |                                                                     |  |
| cittadinanza: 000 - ITALIANA                                                                             |  | data di nascita: 22/04/1994                                         |  |
| 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 LUIGI MARONESE 46                                                            |  |                                                                     |  |
| 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 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: 16/09/2014                                                                                                                                                                 |                              | data fine: 30/09/2014       |                           |
| 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: 6                                                                                                                                                             |                              | retribuzione/compenso: 1200 |                           |
| giornate previste: 13                                                                                                                                                                   | 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: 15/09/2014 10:24:57

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:

2100014201061134

codice comunicazione precedente:

motivo annullamento:

descrizione motivo annullamento:

note: