

**Comunicazione Obbligatoria Unificato Lav (Proroga)****Datore di Lavoro**

|                                                                                |                             |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 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:                                                                          | sessò:                      |
| 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        |

**Lavoratore**

|                                                                                                          |                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| codice fiscale: LTAMTT94P05M089W                                                                         |                                                                     |
| cognome: ALTOE'                                                                                          |                                                                     |
| nome: MATTEO                                                                                             | sessò: M                                                            |
| comune o in alternativa stato straniero di nascita: M089 - VITTORIO VENETO                               |                                                                     |
| cittadinanza: 000 - ITALIANA                                                                             | data di nascita: 05/09/1994                                         |
| 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: C848 - COLLE UMBERTO                                                                   | CAP: 31014                                                          |
| indirizzo di domicilio: VIA CARONELLI 17                                                                 |                                                                     |
| 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:       | 2200                   |
| giornate previste:              | 28                                                                                                                                                      | tipo lavorazione:            |                        |
| Agevolazioni:                   |                                                                                                                                                         |                              |                        |

**Dati Variazione****Dati Proroga**

data fine proroga: 17/10/2014

**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: 30/09/2014 10:35:53

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: 2100014201141760

codice comunicazione precedente:

motivo annullamento:

descrizione motivo annullamento:

note: