

COMUNICAZIONE OBBLIGATORIA UNIFICATO LAV (CESSAZIONE)**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: 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: DLLGCM90E23C957Z

Cognome: DALL' AVA

Nome: GIACOMO Sesso: M

Comune o in alternativa stato straniero di nascita: C957 - CONEGLIANO

Cittadinanza: 000 - ITALIANA Data di nascita: 23/05/1990

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: I221 - SANTA LUCIA DI PIAVE CAP: 31025

Indirizzo di domicilio: VIA VIA ASIAGO 1

Livello di istruzione: LICENZA MEDIA

LAVORATORE CO-OBLIGATO

Codice fiscale:

Cognome:

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:

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: 12/09/2016 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 mobilità: 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 2500

Giornate previste: Tipo

Agevolazioni:

DATI VARIAZIONE**DATI PROROGA**

Data fine proroga / prosecuzione di fatto:

DATI TRASFORMAZIONE

Data trasformazione: data fine distacco

Trasformazione:

Comune sede di lavoro precedente:

Indirizzo sede di lavoro precedente:

DATI CESSAZIONE

Data cessazione: 30/09/2016

Causa: MT - MODIFICA DEL TERMINE INIZIALMENTE FISSATO

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: 01/10/2016 14:53:22

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: 2100016201127951

Codice comunicazione precedente:

Motivo annullamento:

Descrizione motivo
annullamento:

Note: