

**COMUNICAZIONE OBBLIGATORIA UNIFICATO LAV (ASSUNZIONE)**

| 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: D670 - FONTANAFREDDA                               |  | CAP sede 33074              |  |
| Indirizzo sede lavoro: VIA BRIGATA OSOPPO 174                          |  |                             |  |
| Telefono sede lavoro:                                                  |  | Fax sede lavoro:            |  |
| E-mail sede lavoro: INFO@CANTINAVITTORIO.IT                            |  | Azienda pubblica: No        |  |

| LAVORATORE                                                           |  |                                                                     |  |
|----------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------|--|
| Codice fiscale: DMRLNE86D56G888K                                     |  |                                                                     |  |
| Cognome: DE MARTIN                                                   |  |                                                                     |  |
| Nome: ELENA                                                          |  | Sesso: F                                                            |  |
| Comune o in alternativa stato straniero di nascita: G888 - PORDENONE |  |                                                                     |  |
| Cittadinanza: 000 - ITALIANA                                         |  | Data di nascita: 16/04/1986                                         |  |
| 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: G123 - ORSAGO                                      |  | CAP: 31010                                                          |  |
| Indirizzo di domicilio: VIA CESARE BATTISTI 32/A                     |  |                                                                     |  |
| 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<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: 08/01/2018                                                                     | Data fine 31/12/2018                                   |
| Data fine periodo formativo:                                                                | C.f. soggetto promotore:                               |
| Ente previdenziale: INPS                                                                    |                                                        |
| Codice ente previdenziale:                                                                  |                                                        |
| PAT INAIL: 092985140                                                                        |                                                        |
| Tipologia contrattuale: A.02.00 - LAVORO A TEMPO DETERMINATO                                |                                                        |
| Lavoratore in mobilita: NO                                                                  | Lavoro stagionale: NO                                  |
| Socio lavoratore: NO                                                                        | Lavoro in agricoltura: SI                              |
| Tipo orario: TEMPO PIENO                                                                    | Ore settimanali medie:                                 |
| Qualifica professionale ISTAT: 5.1.2.2.0.11 - COMMESSE DI NEGOZIO                           |                                                        |
| Assunzione<br>obbligatoria: NO                                                              | Categoria lavoratore per<br>assunzione obbligatoria: - |
| Contratto collettivo applicato: 012 - C.C.N.L. PER I DIPENDENTI DALLE COOPERATIVE AGRICOLE. |                                                        |
| Livello di inquadramento: 6                                                                 | Retribuzione/compenso 12000                            |
| Giornate previste: 253                                                                      | Tipo                                                   |
| 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: 22/12/2017 09:24:35

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: info@cantinavittorio.it

Codice fiscale del soggetto che ha sottoscritto l'Accordo di Servizio:

ZNTSFN60L24Z103A

Codice fiscale dell'utente delegato:

Tipo comunicazione: COMUNICAZIONE

Codice comunicazione:

2100017201753783

Codice comunicazione precedente:

Motivo annullamento:

Descrizione motivo  
annullamento:

Note: