

Comunicazione Obbligatoria Unificato Lav

Datore di Lavoro Domestico

Sezione 1 - Datore di Lavoro

codice fiscale *

denominazione datore di lavoro *

cod. comune sede legale *(1)

CAP sede legale

indirizzo sede legale *

telefono sede legale (*)

fax sede legale (*)

e-mail sede legale (*)

Sezione 2 - Lavoratore

codice fiscale *

Sesso *

data di nascita *

cognome *

nome *

cod. comune o in alternativa stato straniero di nascita *(1)

cod. cittadinanza *(1)

tipo documento (*)

motivo del permesso (*)

scadenza permesso (*)

numero documento

comune di domicilio *(1)

CAP *

indirizzo di domicilio *

Sezione 3 - Cessazione

3.1 - Dati Cessazione

data cessazione *

cod causa *

3.2 - Dati Rapporto

data inizio rapporto *	<input type="text"/>	data fine rapporto *	<input type="text"/>
codice ente previdenziale (1)	<input type="text"/>		
tipologia contrattuale *	<input type="text"/>	tipo orario *	<input type="text"/>
ore settimanali medie (*)	<input type="text"/>	qualifica professionale ISTAT *	<input type="text"/>
Retribuzione / Compenso (*)	<input type="text"/>		

Sezione 4 - Dati Invio

data invio* (marca temporale)	<input type="text"/>	codice comunicazione precedente	<input type="text"/>
soggetto che effettua la comunicazione (se diverso dal datore di lavoro)	<input type="text"/>		
codice fiscale del soggetto che effettua la comunicazione (se diverso dal datore di lavoro)	<input type="text"/>		
tipo di comunicazione *	<input type="text"/>		
codice comunicazione(2)	<input type="text"/>	assunzione per cause di forza maggiore *	<input type="text"/>
descrizione causa forza maggiore(*)	<input type="text"/>		

"*" Campo da compilare obbligatoriamente

(*) Campo da compilare in modalità alternativa o se ricorre la condizione

(1) Per l'individuazione del codice corrispondente, si faccia riferimento all'Allegato D del D.M. delle C.O.

(2) Non compilare, spazi utilizzati dalla procedura Informatica