

Comunicazione Obbligatoria Unificato Vardatori - Var. Rag. Sociale

Sezione 1 - Datore di Lavoro attuale

codice fiscale *

denominazione datore di lavoro *

cod. settore *(1)

cod. comune sede legale *(1)

CAP sede legale *

indirizzo sede legale *

telefono sede legale (*)

fax sede legale (*)

e-mail sede legale (*)

Sezione 2 - Variazione ragione sociale

denominazione precedente (*)

Sezione 3 - Dati Invio

data invio* (marca temporale)

protocollo sistema

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)

tipo di comunicazione *

codice comunicazione(2)

codice comunicazione precedente

"*" 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