

Comunicazione Obbligatoria Unificato Som

Sezione 1 - Agenzia di somministrazione

codice fiscale *

denominazione datore di lavoro *

numero iscrizione all'albo *

cod. comune sede legale *(1)

CAP sede legale *

indirizzo sede legale *

telefono sede legale (*)

fax sede legale (*)

e-mail sede legale (*)

cod. comune sede operativa *(1)

CAP sede operativa *

indirizzo sede operativa *

telefono sede operativa (*)

fax sede operativa (*)

e-mail sede operativa (*)

Sezione 2 - Lavoratore

codice fiscale *

cognome *

nome *

sessu *

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

cod. cittadinanza *(1)

data di nascita *

tipo documento (*)

numero documento

motivo del permesso (*)

scadenza permesso (*)

cod. comune di domicilio *(1)

CAP *

indirizzo di domicilio *

livello istruzione *

Sezione 3 - Inizio rapporto Agenzia/Lavoratore

numero matricola *

numero Agenzia di Somministrazione *

data inizio somministrazione *

data fine somministrazione (*)

Ente previdenziale *

Codice Ente previdenziale(1)

indennità di disponibilità

tipologia contrattuale *

Sezione 4 - Ditta utilizzatrice

numero contratto somministrazione *

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 (*)

cod. comune sede di lavoro* (1)

CAP sede di lavoro*

indirizzo sede di lavoro *

telefono sede di lavoro (*)

fax sede di lavoro (*)

e-mail sede di lavoro (*)

Sezione 5 - Inizio rapporto ditta utilizzatrice/lavoratore

data inizio missione *

data fine missione (*)

PAT INAIL *

rischio silicosi e asbestosi *

Cod Agevolazione (1)

somministrazione a tempo determinato *

tipo orario *

ore settimanali medie (*)

qualifica professionale ISTAT *

contratto collettivo applicato *

livello di inquadramento (*)

voce di tariffa (1) *

voce di tariffa (2)(*)

voce di tariffa (3)(*)

descrizione attività *

giornate lavorative previste (*)

descrizione attività agricola

Sezione 6 - Dati Invio

data invio * (marca temporale)

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