

Comunicazione Obbligatoria Unificato Som

Sezione 1 - Agenzia di somministrazione

codice fiscale *	<input type="text"/>	numero iscrizione all'albo *	<input type="text"/>
denominazione datore di lavoro *	<input type="text"/>		
cod. comune sede legale *(1)	<input type="text"/>	CAP sede legale *	<input type="text"/>
indirizzo sede legale *	<input type="text"/>		
telefono sede legale (*)	<input type="text"/>	fax sede legale (*)	<input type="text"/>
e-mail sede legale (*)	<input type="text"/>		
cod. comune sede operativa *(1)	<input type="text"/>	CAP sede operativa *	<input type="text"/>
indirizzo sede operativa *	<input type="text"/>		
telefono sede operativa (*)	<input type="text"/>	fax sede operativa (*)	<input type="text"/>
e-mail sede operativa (*)	<input type="text"/>		

Sezione 2 - Lavoratore

codice fiscale *	<input type="text"/>		
cognome *	<input type="text"/>		
nome *	<input type="text"/>	sessu *	<input type="text"/>
cod. comune o in alternativa stato straniero di nascita *(1)	<input type="text"/>		
cod. cittadinanza *(1)	<input type="text"/>	data di nascita *	<input type="text"/>
tipo documento (*)	<input type="text"/>	numero documento	<input type="text"/>
motivo del permesso (*)	<input type="text"/>	scadenza permesso (*)	<input type="text"/>
cod. comune di domicilio *(1)	<input type="text"/>	CAP *	<input type="text"/>
indirizzo di domicilio *	<input type="text"/>		
livello istruzione *	<input type="text"/>		

Sezione 3 - Rapporto agenzia/lavoratore

data inizio somministrazione *	<input type="text"/>	numero Agenzia di Somministrazione *	<input type="text"/>
numero matricola *	<input type="text"/>	data fine somministrazione (*)	<input type="text"/>

Ente previdenziale * Codice Ente previdenziale(1)

data cessazione (*) 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 - Dati cessazione

data cessazione * data inizio missione *

cod causa *

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