

Comunicazione Obbligatoria Unificato Som

Sezione 1 - Agenzia di somministrazione

codice fiscale *	<input type="text"/>		
denominazione datore di lavoro *	<input type="text"/>		
numero iscrizione all'albo *	<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

numero matricola *	<input type="text"/>
--------------------	----------------------

numero Agenzia di Somministrazione * data fine somministrazione(*)

data inizio somministrazione * Ente previdenziale *

Codice Ente previdenziale(1) indennità di disponibilità

tipologia contrattuale *

data fine proroga (*)

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- Proroga

data fine proroga * data inizio missione *

Sezione 6 - Dati Invio

data invio* (marca temporale) codice comunicazione(2)

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 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