

# Comunicazione Obbligatoria Unificato Lav

## Sezione 1 - Datore di Lavoro

codice fiscale *	<input type="text"/>	cod. settore *(1)	<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 di lavoro *(1)	<input type="text"/>	CAP sede di lavoro *	<input type="text"/>
indirizzo sede di lavoro *	<input type="text"/>		
telefono sede di lavoro (*)	<input type="text"/>	fax sede di lavoro (*)	<input type="text"/>
e-mail sede di lavoro (*)	<input type="text"/>		

## Sezione 2 - Lavoratore

codice fiscale *	<input type="text"/>	sexo *	<input type="text"/>
cognome *	<input type="text"/>	nome *	<input type="text"/>
cod. comune o in alternativa stato straniero di nascita*	<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 - Lavoratore co-obbligato

codice fiscale *	<input type="text"/>	sexo *	<input type="text"/>
cognome *	<input type="text"/>	nome *	<input type="text"/>
comune o in alternativa stato straniero di nascita*	<input type="text"/>	data di nascita *	<input type="text"/>

cittadinanza \*  comune di domicilio \*  numero documento

tipo documento (\*)  scadenza permesso (\*)

motivo del permesso (\*)  CAP \*

indirizzo di domicilio \*

livello istruzione \*

## Sezione 4 - Cessazione

### 4.1 - Dati Cessazione

data cessazione \*  cod causa \*

### 4.2 - Dati Rapporto

data inizio rapporto \*  data fine rapporto \*

Cod Agevolazioni(1)  socio lavoratore \*

Ente previdenziale \*

Codice Ente previdenziale(1)  tipo orario \*

PAT INAIL \*  Cod. qualifica professionale ISTAT \*(1)

tipologia contrattuale \*

legge 68 data nulla osta/convenzione  ore settimanali medie (\*)

legge 68 numero atto  contratto collettivo applicato (\*)

livello di inquadramento (\*)  Retribuzione / Compenso (\*)

## Sezione 5 - Dati Invio

data invio\* (marca temporale)  codice comunicazione precedente

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 \*

assunzione per cause di forza maggiore \*  codice comunicazione (2)

descrizione causa forza maggiore(\*)

"" 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