

Comunicazione Obbligatoria UNILAV

Sezione Datore di lavoro

Datore di lavoro

codice fiscale 01930930308
denominazione DESIGN LEGNO SNC DI VENUTO L. E TIBURZIO D.
settore 16.23.20 Fabbricazione di altri elementi in legno e di falegnameria per
pubblica amministrazione NO

Sede legale

indirizzo VIA F.LLI SAVOIA Z.A.P. P. PICCOLA DI MORO
comune C817 CODROIPO CAP 33033
telefono CDL DOMINICI
fax 0432/907919
e-mail ornello.dominici@sicaservizi.it

Legale rappresentante

cognome
nome
cittadinanza
sesso
comune (o stato estero) di nascita data di nascita
soggiornante in Italia

Permesso di soggiorno

tipo documento
numero documento
motivo del permesso
scadenza permesso di soggiorno
questura

Sede operativa

indirizzo VIA F.LLI SAVOIA Z.A.P. P. PICCOLA DI MORO
comune C817 CODROIPO CAP 33033
telefono CDL DOMINICI
fax 0432/907919
e-mail ornello.dominici@sicaservizi.it

Sezione Lavoratore

Lavoratore

codice fiscale	CHRLXA85S11H816F	sexo MASCHIO
cognome	CHIARVESIO	
nome	ALEX	
comune (o stato estero) di nascita	H816 SAN DANIELE DEL FRIULI	
cittadinanza	000 ITALIA	data di nascita 11/11/1985
comune di domicilio	H347 RIVE D'ARCANO	CAP 33030
indirizzo	via ISONZO n.5	
livello di istruzione	83 DIPLOMA DI SPECIALIZZAZIONE	

Dati Lavoratore extracomunitario

Permesso di soggiorno

tipo documento

numero documento

motivo del permesso

scadenza permesso di soggiorno

questura

Modello Q

sussistenza della sistemazione alloggiativa

impegno del datore di lavoro al pagamento delle spese per il rimpatrio

Inizio

data inizio	16/09/2020	data fine
ente previdenziale	01 INPS	
codice ente previdenziale	01	
pat INAIL	006961418	
tipologia contrattuale	A.01.00 LAVORO A TEMPO INDETERMINATO	
socio lavoratore	NO	
tipo orario	F TEMPO PIENO	
ore settimanali medie		
qualifica professionale (ISTAT)	6.5.2.2.2.14 falegname	
contratto collettivo applicato	1620 LEGNO E ARREDAMENTO - Artigianato	
livello di inquadramento	000006	
retribuzione/compenso	18456	
lavoro in agricoltura	NO	
giornate lavorative previste		
tipo lavorazione		
lavoratore in mobilità	NO	
lavoro stagionale	NO	
Assunzione obbligatoria	NO	
Categoria lavoratore assunzione obbl.		
data fine periodo formativo		

Sezione Invio

Dati dell'invio

codice comunicazione	0700020200254904	
data invio	15/09/2020	Protocollo n. 00254904
soggetto che effettua la comunicazione	001 Consulenti del Lavoro (art. 1, co. 1, L.. 12/79)	
(se diverso dal datore di lavoro)		
CF del soggetto che effettua la comunicazione	DMNRLL54L09A700B	
(se diverso dal datore di lavoro)		
tipo di comunicazione obbligatoria	01 Comunicazione Obbligatoria	
codice comunicazione precedente		
assunzione per cause di forza maggiore	NO	
descrizione causa di forza maggiore		

Comunicazione Obbligatoria UNILAV

Sezione Datore di lavoro

Datore di lavoro

codice fiscale	01930930308
denominazione	DESIGN LEGNO SNC DI VENUTO L. E TIBURZIO D.
settore	16.23.20 Fabbricazione di altri elementi in legno e di falegnameria per
pubblica amministrazione	NO

Sede legale

indirizzo	VIA F.LLI SAVOIA Z.A.P. P. PICCOLA DI MORO	
comune	C817 CODROIPO	CAP 33033
telefono	CDL DOMINICI	
fax	0432/907919	
e-mail	ornello.dominici@sicaservizi.it	

Legale rappresentante

cognome		
nome		
cittadinanza		
sesso		
comune (o stato estero) di nascita		data di nascita
soggiornante in Italia		

Permesso di soggiorno

tipo documento	
numero documento	
motivo del permesso	
scadenza permesso di soggiorno	
questura	

Sede operativa

indirizzo	VIA F.LLI SAVOIA Z.A.P. P. PICCOLA DI MORO	
comune	C817 CODROIPO	CAP 33033
telefono	CDL DOMINICI	
fax	0432/907919	
e-mail	ornello.dominici@sicaservizi.it	

Sezione Lavoratore

Lavoratore

codice fiscale	MNSTMS06P25G284V	sexo MASCHIO
cognome	MANSI	
nome	THOMAS	
comune (o stato estero) di nascita	G284 PALMANOVA	
cittadinanza	000 ITALIA	data di nascita 25/09/2006
comune di domicilio	E553 LESTIZZA	CAP 33050
indirizzo	VIA ROMA 15/2	
livello di istruzione	83 DIPLOMA DI SPECIALIZZAZIONE	

Dati Lavoratore extracomunitario

Permesso di soggiorno

tipo documento

numero documento

motivo del permesso

scadenza permesso di soggiorno

questura

Modello Q

sussistenza della sistemazione alloggiativa

impegno del datore di lavoro al pagamento delle spese per il rimpatrio

Inizio

data inizio	08/01/2024	data fine
ente previdenziale	01 INPS	
codice ente previdenziale	01	
pat INAIL	006961418	
tipologia contrattuale	A.03.09 APPRENDISTATO PROFESSIONALIZZANTE O CONTRATTO DI	
socio lavoratore	NO	
tipo orario	F TEMPO PIENO	
ore settimanali medie		
qualifica professionale (ISTAT)	6.5.2.2.1.10 segantino di falegnameria	
contratto collettivo applicato	1620 LEGNO E ARREDAMENTO - Artigianato	
livello di inquadramento	000062	
retribuzione/compenso	16422	
lavoro in agricoltura	NO	
giornate lavorative previste		
tipo lavorazione		
lavoratore in mobilità	NO	
lavoro stagionale	NO	
Assunzione obbligatoria	NO	
Categoria lavoratore assunzione obbl.		
data fine periodo formativo	07/01/2029	

Sezione Invio

Dati dell'invio

codice comunicazione	0700024200006038	
data invio	04/01/2024	Protocollo n. 00006038
soggetto che effettua la comunicazione	001 Consulenti del Lavoro (art. 1, co. 1, L.. 12/79)	
(se diverso dal datore di lavoro)		
CF del soggetto che effettua la comunicazione	DMNRLL54L09A700B	
(se diverso dal datore di lavoro)		
tipo di comunicazione obbligatoria	01 Comunicazione Obbligatoria	
codice comunicazione precedente		
assunzione per cause di forza maggiore	NO	
descrizione causa di forza maggiore		

Comunicazione Obbligatoria UNILAV

Datore di Lavoro

codice fiscale	01930930308		
denominazione datore di lavoro	DESIGN LEGNO SNC DI VENUTO L. E TIBURZIO D.		
settore	20.30.2		
comune sede legale	C817	cap sede legale	33033
indirizzo sede legale	VIA F.LLI SAVOIA Z.A. PICCOLA DI MORO 2		
telefono sede legale	043290533	fax sede legale	
e-mail sede legale			
comune sede di lavoro	C817	cap sede di lavoro	33033
indirizzo sede di lavoro	VIA F.LLI SAVOIA Z.A. PICCOLA DI MORO 2		
telefono sede di lavoro	043290533	fax sede di lavoro	
e-mail sede di lavoro			

Lavoratore

codice fiscale	MSLMLA91A13Z148F		
cognome	MUSLIU		
nome	AMEL		
sesso	M		
comune/stato estero di	Z148		
cittadinanza	253	data di nascita	13/01/1991
tipo documento	4	numero documento	
motivo del permesso	SUB	scadenza del permesso	13/09/2008
comune di domicilio	C817	cap	33033
indirizzo	VIA CANALE SECONDO 39/2		
livello di istruzione	20		

Inizio

data inizio rapporto	14/03/2008	data fine	13/03/2013
Ente previdenziale	01		
Codice Ente previdenziale	01		
pat INAIL	006961418		
Cod Agevolazione	B1		
Tipologia contrattuale	A.03.02		
Socio lavoratore	NO		
Tipo orario	F		
ore settimanale medie			
qualifica professionale ISTAT	6.5.2.2.34		
legge 68 data nulla osta/convenzione			
legge 68 numero atto			
contratto collettivo applicato	101		
livello di inquadramento	D		
Retribuzione/Compenso			
giornate lavorative previste			
tipo lavorazione			

Dati Invio

data invio	13/03/2008 18:22:51	protocollo sistema	00039424
Soggetto che effettua la Comunicazione se diverso dal datore di lavoro			
001			
Codice Fiscale del soggetto che effettua la Comunicazione se diverso dal datore di lavoro			DMNRLL54L09A700B
tipo comunicazione	01		
assunzione per cause di forza maggiore		NO	
descrizione causa forza maggiore			
codice comunicazione	0700008200039424		
codice comunicazione precedente			

Comunicazione Obbligatoria UNILAV

Sezione Datore di lavoro

Datore di lavoro

codice fiscale 01930930308
denominazione DESIGN LEGNO SNC DI VENUTO L. E TIBURZIO D.
settore 16.23.20 Fabbricazione di altri elementi in legno e di falegnameria per
pubblica amministrazione NO

Sede legale

indirizzo VIA F.LLI SAVOIA 16 Z.A.P.DI MORO 2
comune C817 CODROIPO CAP 33033
telefono 043290533
fax
e-mail

Legale rappresentante

cognome
nome
cittadinanza
sesso
comune (o stato estero) di nascita data di nascita
soggiornante in Italia

Permesso di soggiorno

tipo documento
numero documento
motivo del permesso
scadenza permesso di soggiorno
questura

Sede operativa

indirizzo VIA F,LLI SAVOIA 16 Z.A.P. DI MORO 2
comune C817 CODROIPO CAP 33033
telefono 043290533
fax
e-mail

Sezione Lavoratore

Lavoratore

codice fiscale	MSLMLA91A13Z148F	sexo MASCHIO
cognome	MUSLIU	
nome	AMEL	
comune (o stato estero) di nascita	Z148 MACEDONIA	
cittadinanza	253 MACEDONIA, ex REP.	data di nascita 13/01/1991
comune di domicilio	C817 CODROIPO	CAP 33033
indirizzo	VIA CANALE SECONDO 39/2	
livello di istruzione	20 LICENZA MEDIA	

Dati Lavoratore extracomunitario

Permesso di soggiorno

tipo documento	1 PERMESSO
numero documento	I03529996
motivo del permesso	LAVOR LAVORO SUBORDINATO
scadenza permesso di soggiorno	04/08/2014
questura	

Modello Q

sussistenza della sistemazione alloggiativa
impegno del datore di lavoro al pagamento delle spese per il rimpatrio

Trasformazione

Dati trasformazione

data trasformazione 13/03/2013
codice trasformazione AI TRASFORMAZIONE DA CONTRATTO DI APPRENDISTATO A

Dati rapporto

data inizio rapporto 14/03/2008
data fine distacco
ente previdenziale 01 INPS
codice ente previdenziale 01
pat INAIL 006961418

tipologia contrattuale A.01.00 LAVORO A TEMPO INDETERMINATO
socio lavoratore NO
tipo orario F TEMPO PIENO
ore settimanali medie
qualifica professionale (ISTAT) 6.3.3.1.2.12 falegname mobiliere
legge 68 data nulla osta/convenzione
legge 68 numero atto
contratto collettivo applicato 101 Legno e Arredamento
livello di inquadramento D
retribuzione/compenso
lavoro in agricoltura NO
giornate lavorative previste
tipo lavorazione
lavoratore in mobilità NO
lavoro stagionale NO
codice fiscale promotore tirocinio
data fine periodo formativo

Sede di lavoro precedente:

comune
indirizzo

distacco parziale
distacco presso azienda estera

Datore di lavoro presso il quale il lavoratore viene distaccato

codice fiscale datore distaccatario
denominazione datore di lavoro distaccatario
settore
pat INAIL

Sede di lavoro:

indirizzo
comune
telefono
fax
e-mail

CAP

Sezione Invio

Dati dell'invio

codice comunicazione 0700013200058968
data invio 14/03/2013 Protocollo n. 00058968
soggetto che effettua la comunicazione 001 Consulenti del Lavoro (art. 1, co. 1, L.. 12/79)
(se diverso dal datore di lavoro)
CF del soggetto che effettua la comunicazione DMNRLL54L09A700B
(se diverso dal datore di lavoro)
tipo di comunicazione obbligatoria 01 Comunicazione Obbligatoria
codice comunicazione precedente
assunzione per cause di forza maggiore NO
descrizione causa di forza maggiore

24 SET. 2004



MODELLO C/ASS

Alla sezione circoscrizionale per l'impiego (SCI) di

CODROIPO

Comunicazione di assunzione effettuata in data

21/09/2004

DATORE DI LAVORO

DESIGN LEGNO DI VENUTO L. E TIBURZIO D.

codice istat (Ateco 91)

C.F.

0 1 9 3 0 9 3 0 3 0 8

sede legale in

CODROIPO

via

VIA BASSA FR.RIVOLTO N° 4/1

tel.

fax

luogo di svolgimento del lavoro

via

tel.

fax

LAVORATORE

cognome

ROMANO

nome

ANTONELLO

C.F.

R M N N N L 6 1 L 3 0 L 4 8 3 N

sexso

nato a

UDINE

il

30/07/1961

residente in

BASILIANO

via

PIAZZA DELLA CHIESA N° 38

cittadinanza

ITALIANA

titolo di studio

Licenza Media

iscritto nelle liste di collocamento o di mobilità della SCI di

CODROIPO

dal

iscritto nel libro di matricola al numero d'ordine (1)

6

Tipologia contrattuale

tempo indeterminato

tempo determinato

durata

apprendistato (2)

contratto formaz. lavoro (2)

lav. domicilio (2)

tempo parziale

orario medio settimanale (3)

Qualifica di assunzione

OPERAI

CCNL applicato

LEGNO E ARREDAMENTO - Artigianato

livello

D

ovvero trattamento economico normativo convenuto (4)

Per la richiesta di agevolazioni previste per l'assunzione va compilato, tranne che per i contratti di apprendistato e di formazione lavoro, il modello C/ASS/AG.

(1) In caso di assunzione di apprendisti da parte di imprese artigiane, la comunicazione alla SCI del numero d'ordine di iscrizione nel libro di matricola, sarà effettuata nel medesimo giorno di effettiva adibizione al lavoro dell'apprendista (v. art. 9 D.P.R. 30.12.1956 n. 1668)

(2) Riempire il relativo quadro sottostante

(3) L'orario medio settimanale si ottiene dividendo l'orario annuale per 52.

(4) La casella va barrata solo se il datore di lavoro non applica il CCNL. In tal caso va riempito il quadro D sottostante, salvo che l'assunzione riguardi un dirigente.

Alla sezione circoscrizionale per l'impiego (SCI) di

CODROIPO

Notizie integrative per beneficiare delle agevolazioni previste dalla vigente normativa M.INPS: 8606084323

DICHIARAZIONE DEL DATORE DI LAVORO

Ad integrazione della comunicazione del 21/09/2004 relativa all'assunzione del Sig.

ROMANO

ANTONELLO

C.F.

R M N N N L 6 1 L 3 0 L 4 8 3 N

al fine di

ottenere la concessione delle agevolazioni previste dalle norme vigenti si comunica che

l'assunzione medesima rientra tra quelle di cui alla lettera D del quadro 1.

Al riguardo si allega la documentazione di cui al punto n. 1 del quadro 2.

Si dichiara, altresì, che tale assunzione non è effettuata in sostituzione di lavoratori dipendenti:

(Barrare solo nel caso in cui la concessione dei benefici è subordinata alla sussistenza delle predette condizioni).

sospesi in CIGS

licenziati negli ultimi 12 mesi per riduzione di personale

licenziati negli ultimi 12 mesi per qualsiasi causa (Lg. 29.12.1990, n. 407)

Il sottoscritto, consapevole che chi rilascia false dichiarazioni ad un pubblico ufficiale o presenta false documentazioni è punito a termine degli artt. 495 e 496 c.p., dichiara che quanto sopra corrisponde a verità.

data 21/09/2004

timbro e firma

LUCA33030 RIVOLTO

DI VENUTO LUCA E BURZIO DANIELE E C.
Sede, dom. fisc. e luogo cons. acum. fiscali:
Via Bassa, 4/1 VENUTO 32-05003
CA. PIVA - Iscr. Reg. Impr. UD 01930930306
Isr. Trib. UD n. 22686

1. **A.** Lavoratore iscritto nelle liste di mobilità della regione (1)
- B.** Lavoratore che proviene da azienda in cigs da almeno 6 mesi e che presso di essa ha goduto del trattamento per almeno tre mesi anche non continuativi (2).
- C.** Lavoratore sospeso in cigs da oltre 24 mesi (3).
- D.** Lavoratore iscritto nella prima classe delle liste di collocamento da oltre 24 mesi (4).
- E.** Lavoratore in possesso di diploma di Istituto Professionale di Stato o attestato di qualifica regionale (5).
- F.** Lavoratori svantaggiati assunti da cooperative sociali (6).
- G.** Altre ipotesi (citare il riferimento legislativo)

2. documenti allegati

1. Dichiarazione del lavoratore attestante la sussistenza degli elementi di cui alla lettera B, secondo le norme dell'autocertificazione (Lg. n. 15/1968).
2. Copia autentica o documentazione equipollente attestante il possesso del diploma di qualifica conseguito presso un istituto professionale statale, ovvero dell'attestato di qualifica di formazione professionale.
3. Altro (documentazione relativa al caso della lettera F ovvero dichiarazione di autocertificazione equipollente).

Spazio riservato alla sezione circoscrizionale

Si attesta, per quanto risulta agli atti di questa sezione, la sussistenza degli elementi

indicati nel quadro 1 lettere:

A

C

D

e la consegna dei documenti di cui al quadro 1 lettere:

B

E

F

il responsabile della sezione

data

timbro e firma

note: (1) art. 8, co. 2 e 4, art. 25, co. 9 L. n. 223/1991. (2) art. 4, co. 3, L. n. 236/1993. (3) art. 8, co. 9, L. n. 407/1990. (4) art. 8, co. 9, L. n. 407/1990. (5) art. 22, L. n. 56/1987. (6) art. 4, L. n. 381/1991.

AL CENTRO PER L'IMPIEGO / SPORTELLO DI CODROIPO

OGGETTO: COMUNICAZIONE DI TRASFORMAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO



QUADRO A

DATORE DI LAVORO DESIGN LEGNO DI VENUTO L. E TIBURZIO D.
 ATTIVITA' ECONOMICA (1) FALEGNAMERIA
 CODICE ATTIVITA' ISTAT Ateco VJ (OBBLIGATORIO)
 PARTITA IVA 01930930308 TEL. _____
 CODICE FISCALE _____ FAX _____
 SEDE LEGALE IN CODROIPO VIA Z.A. PICCOLA DI MORO 2 VIA F.LLI SAVOIA 2 N°
 LUOGO DI IMPIEGO DEL LAVORATORE (2) _____

COMUNICA CHE IL RAPPORTO DI LAVORO CON IL SOTTOINDICATO LAVORATORE, INSTAURATO IN DATA 20/03/2006 E' STATO TRASFORMATO IN DATA 19.03.2007 COME SPECIFICATO NEL SUCCESSIVO **QUADRO C**

QUADRO B

DATI DEL LAVORATORE:

COGNOME TASSILE NOME DANIELE
 CODICE FISCALE T S S D N L 7 2 B 1 8 C 8 1 7 A SESSO M F
 NATO A CODROIPO IL 18/02/1972 RESIDENTE A TALMASSONS
 VIA VIA UMBERTO I° N° 21 CITTADINANZA ITALIANA
 TITOLO DI STUDIO _____ ASSUNTO CON LA
 QUALIFICA DI OPERAIO codice ISTAT | _____ | *
 * Vedi Codici ISTAT secondo D.M. 3M5/CMN
 GRADO DI QUALIFICAZIONE LIVELLO "C"

QUADRO C

TRASFORMAZIONE (3):

CONTRATTO PRECEDENTE		CONTRATTO NUOVO	
<input type="checkbox"/> NT. INDETERMINATO	LIVELLO <u>C</u>	<input checked="" type="checkbox"/> NT. INDETERMINATO	LIVELLO <u>C</u>
<input checked="" type="checkbox"/> OT. DETERMINATO	QUALIFICA OPERAIO	<input type="checkbox"/> OT. DETERMINATO	QUALIFICA <u>OPERAIO</u>
<input type="checkbox"/> 3 FORMAZ. LAVORO	<input checked="" type="checkbox"/> A) TEMPO PIENO	<input type="checkbox"/> 3 FORMAZ. LAVORO	<input checked="" type="checkbox"/> A) TEMPO PIENO
<input type="checkbox"/> 4 APPRENDISTATO	<input type="checkbox"/> B) TEMPO PARZIALE	<input type="checkbox"/> 4 APPRENDISTATO	<input type="checkbox"/> B) TEMPO PARZIALE
<input type="checkbox"/> 5 ALTRO _____	MANSIONE <u>FALEGNAME</u>	<input type="checkbox"/> 5 ALTRO _____	MANSIONE <u>FALEGNAME</u>

QUADRO D

REGIME ORARIO (4)

NUMERO ORE SETTIMANALI

NUMERO MESI

 Data 19.03.2007

Timbro e firma del responsabile

LUCA**NOTE**

- 1) Indicare il settore, la specifica attività svolta (es.: settore edilizia, attività specifica impresa di copertura tetti – settore metalmeccanico, attività specifica costruzione di macchine e trattori agricoli: ecc.)
- 2) Questo spazio va riempito solo nel caso in cui il lavoratore presti la sua opera in un comune diverso da quello in cui è fissata la sede legale dell'Azienda o (se.) Qual caso indicare l'indirizzo completo della sede o stabilimento presso cui il lavoratore presta servizio.
- 3) Contrassegnare con una X le caselle corrispondenti alle ipotesi che ricorrono,
- 4) ^a a compilare soltanto in caso di trasformazione del rapporto da Tempo Indeterminato a tempo determinato e/o da Tempo ^meno a Tempo ^marziale.

ALLA PROVINCIA DI UDINE
CENTRO PER L'IMPIEGO DI

CODROIPO

protocollo

PROVINCIA DI UDINE
SERVIZIO DEL LAVORO
UFFICIO DI CODROIPO

20 MAR 2006

Comunicazione di:

(barrare la casella)



ASSUNZIONE



PROROGA



TRASFORMAZIONE



CESSAZIONE

DATORE DI LAVORO

RAGIONE SOCIALE DESIGN LEGNO DI VENUTO L. E TIBURZIO D.

PARTITA IVA 01930930308

COD. FISCALE

Posizione INPS

Posizione INAIL 00696141836

ATTIVITA' - ATECO '91 20.30.2 DESCRITTIVO FALEGNAMERIA

(Indicare codice attivita' economica e relativo descrittivo)

SEDE LEGALE CODROIPO UD Z.A. PICCOLA DI MORO 2 VIA F.LLI SAVI 33033

(Indicare Comune - Provincia - indirizzo - cap - n° telefono e fax)

Luogo di lavoro se
diverso dalla sede legale

(Indicare Comune - Provincia - indirizzo - cap - n° telefono e fax)

LAVORATORE

COGNOME TASSILE

NOME DANIELE

COD.FISCALE TSSDNL72B18C817A

Cittadinanza

Nato a: CODROIPO () il 18/02/1972 SESSO M

Residente TALMASSONS (UD) Via VIA UMBERTO I° N° 21

Titolo di studio Iscritto nel libro matricola al numero d'ordine 8

Lavoratore in lista di mobilità SI NO Assunzione ai sensi L. 68/99 SI NO

Cittadino straniero al primo ingresso in Italia SI NO

ASSUNZIONE

effettuata in data 20/03/2006

Richiesta attestazione agevolazioni contributive ai sensi

INDETERMINATO DETERMINATO scadenza 19/03/2007 normativa L. 223/91
 Apprendistato Contratto di inserimento Lavoro a domicilio
 Lavoro intermittente Lavoro a progetto e lavoro occasionale

ORARIO DI LAVORO: Tempo pieno Part-time orario medio settimanale ore

QUALIFICA DI ASSUNZIONE OPERAIO LIVELLO C

CCNL APPLICATO LEGNO E ARREDAMENTO - Artigianato
 (Indicare la categoria di appartenenza ed estremi del contratto)

APPRENDISTATO

Accertamento di idoneità sanitaria alla mansione (art.4 L. 25/55) del durata del rapporto

TUTORE

Cognome Nome

Codice fiscale Titolare d'impresa SI NO

Esperienza lavorativa (in anni) Livello e qualifica

CONTRATTO DI INSERIMENTO

Durata mesi Livello inquadramento iniziale finale

Si dichiara che nei 18 mesi precedenti a questa assunzione sono stati trasformati a tempo indeterminato non meno del 60% di contratti di inserimento venuti a scadenza nel medesimo periodo.

Si dichiara, altresì, che non vi sono sospensioni del lavoro in atto, né, nei 6 mesi precedenti sono avvenute riduzioni di personale con la medesima qualifica.

LAVORO A DOMICILIO

Iscrizione al registro committenti n° _____ del _____

Tipo lavorazione: _____

PROROGA

del rapporto di lavoro a tempo determinato instaurato il _____

prorogato dal _____ al _____

TRASFORMAZIONE

del rapporto di lavoro instaurato il _____

trasformato in data _____ come di seguito specificato:

CONTRATTO PRECEDENTE

- T. INDET.
 T. DETER.
 INSERIM. T. PIENO
 APPREND. T. PARZ. N° ORE SETT. _____
 ALTRO

CONTRATTO NUOVO

- 1 T. INDET.
2 T. DETER. T.PIENO
3 INSERIM. T. PARZ. N° ORE SETT. _____
4 APPREND.
5 ALTRO

CESSAZIONE

del rapporto di lavoro instaurato il _____ avvenuta in data _____

Motivo della cessazione

- Scadenza contratto a termine**
- contratto di formazione e lavoro
 - contratto di collaborazione coordinata e continuativa
 - contratto di lavoro stagionale
 - contratto di inserimento
 - contratto di lavoro a progetto
 - contratto di apprendistato
 - contratto di lavoro a chiamata
- Risoluzione contratto in periodo di prova**
 Altri motivi (Specificare) _____
- Licenziamento**
- per giusta causa
 - per cessazione di attività aziendale
 - per riduzione di personale
 - per giustificato motivo oggettivo connesso a riduzione, trasformazione o cessazione di attività o lavoro.
 - per chiusura cantiere/fine appalto
- Dimissioni**
 Fine conservazione posto per malattia

ALLEGATI Copia permesso di soggiorno Altro _____

Per tutto quanto contenuto nel presente modello, SI DICHIARA che nei 6 mesi precedenti la presente assunzione, non ci sono stati licenziamenti per riduzione di personale con la medesima qualifica

Ai sensi della L. 451/94 art. 2 (lavoratori provenienti dalle liste di mobilità) SI DICHIARA di non aver assetti proprietari sostanzialmente coincidenti con quelli dell'impresa che ha posto in mobilità il lavoratore oggetto della presente assunzione o di non risultare con quest'ultima in rapporto di collegamento o controllo.

Il sottoscritto, consapevole che chi rilascia false dichiarazioni ad un Pubblico Ufficiale o presenta false dichiarazioni è punito a termine degli artt. 495-496 c.p., dichiara che quanto sopra corrisponde a verità

20.03.2006

DATA _____

FIRMA E TIMBRO DEL DATORE DI LAVORO _____

AL CENTRO PER L'IMPIEGO DI _____ CODROIPO _____

Notizie integrative per beneficiare delle agevolazioni previste dalla vigente normativa

DICHIARAZIONE DEL DATORE DI LAVORO

Ad integrazione della comunicazione del _____ 20/03/2006 _____, relativa all'assunzione del lavoratore Sig./Sig.a

TASSILE _____ DANIELE _____ CODICE FISCALE TSSDNL72B18C817A _____

al fine di ottenere la concessione delle agevolazioni previste dalle normative vigenti, si comunica che l'assunzione medesima rientra tra quelle di cui alla lettera A del **quadro 1**.Al riguardo si allega la documentazione di cui al punto n° _____ del **quadro 2**.

Si dichiara altresì, che tale assunzione non è effettuata in sostituzione di lavoratori dipendenti:

(Barrare solo nel caso in cui la concessione dei benefici è subordinata alla sussistenza delle predette condizioni).

- Sospesi in CIGS
- Licenziati negli ultimi 12 mesi per riduzione di personale
- Licenziati negli ultimi 12 mesi per qualsiasi causa (L. 29/12/1990, n° 407)

Il sottoscritto, ai sensi del DPR N° 445 / 2000, consapevole delle conseguenze civili e penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di cui in particolare agli artt. n° 75 e n° 76 del medesimo DPR, dichiara che quanto sopra corrisponde a verità.

Data 20.03.2006

886 Timbro e Firma
 DESIGN LEGNO D'AVENUTO L. E. TIBURZIO D.

QUADRO 1

- A. Lavoratore iscritto nelle liste di Mobilità della Regione FRIULI VENEZIA GIULIA (**1**)
- B. Lavoratore che proviene da azienda in CIGS da almeno 6 mesi e che presso di essa ha goduto del trattamento per almeno 3 mesi anche non continuativi (**2**)
- C. Lavoratore sospeso in CIGS da oltre 24 mesi (**3**)
- D. Lavoratore iscritto nella prima classe delle liste di collocamento da oltre 24 mesi (**4**)
- E. Lavoratore in possesso del Diploma di Istituto Professionale di Stato o attestato di qualifica regionale (**5**)
- F. Lavoratori svantaggiati assunti da cooperative sociali (**6**)
- G. Altre ipotesi (citare il riferimento legislativo) _____

QUADRO 2**DOCUMENTI ALLEGATI**

1. Dichiarazione del lavoratore attestante la sussistenza degli elementi, secondo le norme dell'autocertificazione previste dal D.P.R. N° 445 / 2000.
2. Copia autentica o documentazione equipollente attestante il possesso del Diploma di qualifica conseguito presso un istituto professionale statale, ovvero dell'attestato di qualifica di formazione professionale.
3. Documentazione relativa al caso della lettera F ovvero dichiarazione di autocertificazione equipollente
4. Altro _____

SPAZIO RISERVATO AL CENTRO PER L'IMPIEGO / SPORTELLOSi attesta, per quanto risulta dagli atti di questo Ufficio, la sussistenza degli elementi indicati nel **Quadro 1**Lettere: A C DE la consegna dei documenti di cui al **Quadro 1** lettere: B E F

Il Responsabile del Centro Impiego / sportello _____

Data _____ Timbro e Firma _____