

Comunicazione Obbligatoria Unificato Lav

Sezione 1 - DATORE DI LAVORO			
<i>codice fiscale</i>	02364740429	<i>pubblica amministrazione</i>	NO
<i>denominazione datore di lavoro</i>	FARMACIA COMUNALE CHIARAVALLE SRL		
<i>settore</i>	Farmacie		
<i>comune sede legale</i>	CHIARAVALLE	<i>CAP sede legale</i>	60033
<i>indirizzo sede legale</i>	VIA CIRCONVALLAZIONE, 51/E		
<i>telefono sede legale</i>	0716621522	<i>fax sede legale</i>	07107174517
<i>e-mail sede legale</i>	FARMACIACHIARAVALLE@GMAIL.COM		
<i>comune sede di lavoro</i>	CHIARAVALLE	<i>CAP sede di lavoro</i>	60033
<i>indirizzo sede di lavoro</i>	VIA CIRCONVALLAZIONE, 51/E		
<i>telefono sede di lavoro</i>	0716621522	<i>fax sede di lavoro</i>	07107174517
<i>e-mail sede di lavoro</i>	FARMACIACHIARAVALLE@GMAIL.COM		
Sezione 2 - Lavoratore			
<i>codice fiscale</i>	CFFVNT92A62A271A		
<i>cognome</i>	CIAFFI		
<i>nome</i>	VALENTINA		
<i>sex</i>	F	<i>data di nascita</i>	22/01/1992
<i>comune o in alternativa stato straniero di nascita</i>	ANCONA		
<i>cittadinanza</i>	ITALIANA		
<i>titolo di soggiorno</i>			
<i>motivo del titolo</i>			
<i>numero titolo</i>		<i>scadenza titolo</i>	
<i>questura rilascio titolo</i>			
<i>comune di domicilio</i>	MONTEMARCIA NO	<i>CAP</i>	60018
<i>indirizzo di domicilio</i>	VIA DELLE MIMOSE 3/E		
<i>livello di istruzione</i>	LAUREA - Vecchio o nuovo ordinamento		
Sezione 4 - Inizio			
<i>data inizio</i>	16/05/2022		
<i>ente previdenziale</i>	INPS		
<i>codice ente previdenziale</i>	0305562175		
<i>PAT INAIL</i>	2042654704		
<i>tipologia contrattuale</i>	LAVORO A TEMPO INDETERMINATO		
<i>tipo orario</i>	TEMPO PIENO		
<i>ore settimanali medie</i>		<i>socio lavoratore</i>	N
<i>lavoratore in mobilità</i>	N	<i>lavoro stagionale</i>	N
<i>qualifica professionale ISTAT</i>	farmacista		

<i>Assunzione obbligatoria</i>	N
<i>contratto collettivo applicato</i>	FARMACIE - Az. Municipalizzate
<i>livello di inquadramento</i>	1
<i>retribuzione/inquadramento</i>	28167
<i>lavoro in agricoltura</i>	N
<i>giornate lavorative previste</i>	
<i>tipo lavorazione</i>	
Sezione 9 - Dati Invio	
<i>assunzione causa forza maggiore</i>	NO
<i>descrizione causa forza maggiore</i>	
<i>data invio</i>	11/05/2022 19:03:29
<i>protocollo sistema</i>	00573369
<i>soggetto che effettua la comunicazione (se diverso dal datore di lavoro)</i>	Consulenti del Lavoro (art. 1, co. 1, L.. 12/79)
<i>codice fiscale del soggetto che effettua la comunicazione (se diverso dal datore di lavoro)</i>	GRCPRZ64S48G453K
<i>email del soggetto che effettua la comunicazione</i>	info@studioconsulass.it
<i>tipo comunicazione</i>	Comunicazione Obbligatoria
<i>codice comunicazione</i>	1104222207411410
<i>codice comunicazione precedente</i>	