

A) *Apprendistato*

autorizzazione ispettorato del lavoro di del
visita medica del (5) titolo di studio
durata del rapporto

B) *Contratto di formazione e lavoro*

- tipo a 1 (professionalità intermedie) durata mesi
 tipo a 2 (professionalità elevate) durata mesi
 tipo b (inserimento professionale) durata mesi
livello di inquadramento: iniziale finale

autorizzazione Ministero del Lavoro n. del
approvazione Commissione regionale per l'impiego n. del
accordo collettivo o progetto tipo di riferimento
dichiarazione di conformità del

- Nei 24 mesi precedenti sono stati trasformati a tempo indeterminato non meno del 60% dei cfl venuti a scadenza nel medesimo periodo.
 Si dichiara altresì, che non vi sono sospensioni dal lavoro in atto, né, nei 12 mesi precedenti, sono avvenute riduzioni di personale con la medesima qualifica.

C) *Lavoro a domicilio*

iscrizione registro committenti n. del
tipo di lavorazione tariffa applicata

D) *Trattamento economico e normativo convenuto*

retribuzione mensile MENSILE ore di lavoro settimanale n. ore 20
ferie retribuite n. giorni preavviso di licenziamento n. giorni

E) *Computabilità ai fini della riserva a favore delle fasce deboli* (art. 25 lg. 23.7.1991 n. 223 e successive modificazioni).

SI NO motivi

Allegati attestato di disoccupazione (mod. C/1)
 copia permesso di soggiorno
 altro

data 06-06-06

timbro e firma
EDILFRAIR
COSTRUZIONI GENERALI S.p.A.
Cassa Scalo (AG)

(5) In caso di assunzione di apprendisti da parte di imprese artigiane, gli estremi della visita medica saranno comunicati alla SCI nel medesimo giorno di effettiva adibizione al lavoro dell'apprendista.

N. di Protocollo: 09129483

Comunicazione Obbligatoria Unificato Lav

Sezione 1 - Datore di Lavoro

codice fiscale*	00111640660
Denominazione*	EDILFRAIR COSTRUZIONI GENERALI S.P.A.
Cod. settore*	41.20.00
Cod.comune sede legale*	A345
Cap sede legale	67100
Indirizzo sede legale*	S.S. 17 42
Telefono sede legale(*)	086245951
Fax sede legale(*)	0862451801
e-mail sede legale(*)	INFO@EDILFRAIR.IT
Cod.comune sede lavoro*	A345
CAP sede di lavoro*	67100
Indirizzo sede di lavoro*	S.S. 17 N. 42 FRAZ. SASSA SCALO (AQ)
Telefono sede di lavoro(*)	086245951
Fax sede lavoro(*)	0862451801
e-mail sede di lavoro(*)	INFO@EDILFRAIR.IT

SEZIONE 2 LAVORATORE

Codice Fiscale*	RCCCST74E59A345Y
Sesso*	F
Cognome*	ROCCHIGIANI
Nome*	CRISTINA
Comune o stato di nascita*	A345
Cod. cittadinanza*	000
Tipo Documento(*)	
Data di nascita*	19/05/1974
Motivo del permesso(*)	
Numero documento	
Scadenza permesso(*)	
Comune di domicilio*	A345
CAP*	67100
Indirizzo di domicilio*	L'AQUILA (AQ) VIA PORTA NAPOLI, 75
Livello Istruzione*	40

Sezione 3 - Lavoratore co-Obbligato

Codice Fiscale*	
Sesso*	
Cognome*	
Nome*	

Rocchigiani Cristina

Comune o stato di nascita*	
Cod. Cittadinanza*	
Data di nascita*	
Tipo documento(*)	
Numero documento	
Motivo del permesso(*)	
Scadenza permesso(*)	
Cod. comune di domicilio*	
CAP*	
Indirizzo di domicilio*	
Livello istruzione*	

Sezione 4 - Trasformazione

4.1 - Dati Trasformazione

Data trasformazione*	01/09/2009
Cod. trasformazione*	PP

4.2 - Dati Rapporto

Data inizio rapporto*	05/06/2006
Data fine*	
Ente previdenziale*	01
Cod. Agevolazioni	
Codice Ente previdenziale	3800270550
Scopio lavoratore*	NO
PAT INAIL*	66045518
Tipo orario*	1
Tipologia contrattuale*	A.01.00
Ore settimanali medie(*)	
Qualifica ISTAT*	4.1.1.6.5
Legge 68 data nulla osta	
Legge 68 numero atto	
Contratto Applicato(*)	068
Livello di inquadramento(*)	3° LIV
Retribuzione/compenso(*)	
Giorni Lavorativi Previsti(*)	
Sede di lavoro precedente(*)	
Tipo lavorazione(*)	
Sede di lavoro precedente(*)	
Cod. fiscale distaccatario*	
Denominazione Distaccatario*	
Cod. settore*	
PAT INAIL*	
Cod. comune sede di lavoro*	
Cap. sede di lavoro*	

Uoddyter CrAb

Indirizzo sede di lavoro*
Telefono sede di lavoro(*)
Fax sede di lavoro(*)
e-mail sede di lavoro*

Sezione 5 - Dati Invio

Data invio* **04/09/2009 10.20.23**
Codice Comunicazione **0106609200162774**
Cod. Comunicazione Precedente
Tipo Soggetto Abilitato
cod.fiscale soggetto abilitato
Tipo di comunicazione* **01**
Esito **Comunicazione Acquisita Correttamente**

Rodolfo Orsini