

PROVINCIA DI _____

AL CENTRO PER L'IMPIEGO _____

OGGETTO: COMUNICAZIONE DI TRASFORMAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO

A _____ I _____ sottoscritt Azienda/Ente _____

Partita I.V.A.

Attività economica (1) _____

Sede legale, via _____ n. _____

Comune () _____

C.A.P. _____ Telefono _____

Località d'impiego del lavoratore (2) _____

CODICI RISERVATI ALL'UFFICIO

NACE

COMUNE

COMUNE IMPIEGO

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

DATA

DATA

B DATI DEL LAVORATORE

Cognome _____

Nome _____ Cittad. _____

Cod.Fiscale Sesso _____

Nato il _____ a _____ ()

Residente a _____ ()

Titolo di studio _____

Assunto con qualifica _____

Grado di qualificazione _____

CITTAD. SESSO

DATA NASCITA

COMUNE NASCITA

COMUNE RESIDENZA

TITOLO STUDIO

QUALIFICA

GRADO QUALIFICA

C TRASFORMAZIONE (3)

CONTRATTO PRECEDENTE		CONTRATTO NUOVO	
1 <input type="checkbox"/> T. INDET.	A <input type="checkbox"/> T. PIENO B <input type="checkbox"/> T. PARZ.	1 <input type="checkbox"/> T. INDET.	A <input type="checkbox"/> T. PIENO B <input type="checkbox"/> T. PARZ.
2 <input type="checkbox"/> T. DET.		2 <input type="checkbox"/> T. DET.	
3 <input type="checkbox"/> FORM. LAV.		3 <input type="checkbox"/> FORM. LAV.	
4 <input type="checkbox"/> APPREND.		4 <input type="checkbox"/> APPREND.	
5 <input type="checkbox"/> ALTRO		5 <input type="checkbox"/> ALTRO <input type="text"/>	

CONTRATTO PREC.	CONTRATTO NUOVO
1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

A B

Copia conforme al modello ministeriale

STUDIO 74 - Tel. 0445 540623 Fax 0445 540615 - www.studio74.it

D	REGIME ORARIO (4)	
	NUMERO ORE SETTIMANALI <input type="text"/> <input type="text"/> NUMERO MESI <input type="text"/> <input type="text"/>	ORE SETTIMANALI <input type="text"/> <input type="text"/> NUMERO MESI <input type="text"/> <input type="text"/>

DATA _____ TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE _____

NOTE

- 1) Indicare, oltre al settore, la specifica attività svolta (es.: settore edilizia, attività specifica: impresa di copertura di tetti - settore metalmeccanico, attività specifica: costruzione di macchine e trattori agricoli - ecc.).
- 2) Questo spazio va riempito solo nel caso in cui il lavoratore preli la sua opera in un comune diverso da quello in cui è fissata la sede legale dell'Azienda o Ente. In tal 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) Da compilare soltanto in caso di trasformazione del rapporto da tempo indeterminato a determinato e/o da tempo pieno a tempo parziale.