



Comunicazione Obbligatoria Lavoro Domestico Variazioni

N° Protocollo

ATTENZIONE: LEGGERE LE ISTRUZIONI ALLEGATE

Sezione 1 - Dati Rapporto di Lavoro

CODICE RAPPORTO DI LAVORO (1)

DATORE DI LAVORO PERSONA FISICA

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cognome	nome	codice fiscale

DATORE DI LAVORO PERSONA GIURIDICA

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Denominazione della comunità religiosa o convivenza militare	codice fiscale

LAVORATORE

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cognome	nome	codice fiscale

Sezione 2 - Variazione Anagrafica

Codice fiscale datore di lavoro (2)

Indirizzo di residenza del datore

<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Via, piazza, largo ecc. e numero civico	Frazione		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Comune (indicare il Comune anche per le frazioni)	Prov.	C.A.P.	Telefono

Indirizzo c/o il quale inviare comunicazioni (se diverso dall'indirizzo di residenza)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
C/O	Via, piazza, largo ecc. e numero civico	Frazione	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Comune (indicare il Comune anche per le frazioni)	Prov.	C.A.P.	Telefono

Indirizzo dove si svolge il rapporto di lavoro

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
C/O	Via, piazza, largo ecc. e numero civico	Frazione	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Comune (indicare il Comune anche per le frazioni)	Prov.	C.A.P.	Telefono

Indirizzo E-Mail

Codice fiscale lavoratore (2)

INDIRIZZO

<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Via, piazza, largo ecc. e numero civico	Frazione		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Comune	Prov.	C.A.P.	Telefono

Sezione 3 - Trasformazione

Data trasformazione (3)

Codice trasformazione (4)

Sezione 4 - Proroga

Data fine proroga (5)

Sezione 5 - Cessazione

Data cessazione (6)

Codice cessazione (7)

Sezione 6 - Dati rapporto (8)

COLF (9)

BADANTE (9)

ore settimanali (10)

retribuzione/compenso mensile (11)

retribuzione oraria (11)

data

Firma del datore di lavoro (12) (13)

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' - Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara che le notizie fornite rispondono a verità. Le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni. In caso di dichiarazione falsa, il cittadino può subire una condanna penale e decade dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione.

Mi impegno, altresì, a comunicare qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione autocertificata entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento.

data

Firma del datore di lavoro (12) (13)

Preso atto dell'informativa fornitami ai sensi dell'art. 10 della legge 31.12.1996, n. 675, acconsento, qualora necessario, all'istruzione, alla definizione e alla comunicazione inerente la richiesta: 1) al trattamento di eventuali dati sensibili; 2) al trasferimento dei miei dati personali e sensibili all'estero; 3) alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili a soggetti che gestiscono servizi informatici, di postalizzazione e archiviazione e al trattamento dei dati stessi da parte di tali soggetti; 4) alla comunicazione dei miei dati sensibili, ai fini diversi da quelli connessi alla presente richiesta, ad altri enti o amministrazioni pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali.

Consapevole del fatto che il mancato consenso può comportare notevole ritardo o impossibilità nella definizione della presente richiesta, non consento a quanto indicato ai punti

data

Firma del datore di lavoro (12) (13)

ISTRUZIONI ALLA COMPILAZIONE DEL MOD. COLD-VAR

Il presente modulo deve essere utilizzato per la trasformazione, proroga e cessazione del rapporto di lavoro domestico soggetto all'obbligo delle assicurazioni sociali ai sensi del D.P.R. n. 1403 del 31.12.1971.

E' obbligatorio compilare la Sezione 1, mentre delle altre sezioni compilare solo quella per la quale necessita comunicare la variazione.

NOTE

- 1) Campo obbligatorio.
Per il CODICE RAPPORTO DI LAVORO indicare il codice comunicato dall'INPS al momento della denuncia di assunzione.
- 2) Il codice fiscale può essere variato rispetto a quello comunicato precedentemente **soltanto** se ne sia stato attribuito uno diverso dall'anagrafe tributaria o risulti errato.
- 3) Data in cui ha inizio il rapporto di lavoro trasformato.
- 4) Inserire la tipologia della **TRASFORMAZIONE**:

DI - da tempo determinato a tempo indeterminato
TL - trasferimento del lavoratore (si intende il caso in cui il lavoratore svolga l'attività in abitazione a disposizione del datore di lavoro diversa da quella comunicata precedentemente, il cui indirizzo deve essere indicato nella sez. 2).
- 5) Da compilare solo se il rapporto di lavoro è a termine, nei casi in cui lo stesso venga prorogato oltre il termine stabilito inizialmente, senza una trasformazione del rapporto stesso.
- 6) Compilare per comunicare la data di cessazione di un rapporto di lavoro a tempo indeterminato, ovvero di lavoro a tempo determinato se la cessazione è antecedente o posteriore a quella originariamente comunicata.
- 7) **CODICE CESSAZIONE**

LI	LICENZIAMENTO
DI	DIMISSIONI
DG	DIMISSIONI GIUSTA CAUSA
DP	DIMISSIONE DURANTE IL PERIODO DI PROVA
PP	MANCATO SUPERAMENTO DEL PERIODO DI PROVA
MT	MODIFICA DEL TERMINE INIZIALMENTE FISSATO
DE	DECESSO
PE	PENSIONAMENTO
AL	ALTRO
LG	LICENZIAMENTO GIUSTA CAUSA
- 8) I campi della Sezione 6 devono essere compilati solo se diversi da quelli comunicati precedentemente.
- 9) Indicare, alternativamente, **COLF** o **BADANTE**.
- 10) Inserire il numero di ore settimanali, arrotondando gli eventuali decimali sempre per eccesso.
- 11) Deve essere indicata, alternativamente, la retribuzione mensile o oraria concordata con il lavoratore.
- 12) Nel caso di analfabetismo, il segno di croce deve essere autenticato dalla firma di 2 testimoni.
- 13) Se il datore di lavoro è una comunità religiosa o una convivenza militare, la dichiarazione di responsabilità deve essere sottoscritta dal legale rappresentante pro-tempore della comunità o convivenza stessa.