

**REGIONE
PUGLIA**

Comunicazione inviata con successo.

Tipo comunicazione: CESSAZIONE
Codice: 1407223201759708

Data invio: 08/11/2023 12.20.59
Data protocollo: 08/11/2023
N. protocollo: 1759708

Ragione sociale: comune di modugno
Partita Iva:
Codice Fiscale: 80017070725

Lavoratore: SPERTI MANUELA
Codice fiscale: SPRMNL83H59I549H

Data fine: 31/10/2023

Soggetto che ha effettuato la comunicazione: CARLUCCI CRISTINA

Modello UNIFICATO - LAV

Tipo di comunicazione: Comunicazione Obbligatoria

Sezione 1 - Datore di Lavoro

Codice fiscale	80017070725	P.Iva	
Denominazione	comune di modugno		
Azienda artigiana	No	Azienda agricola	No
Settore Ateco	84.11.10 - Attività degli organi legislativi ed es...		
Pubblica Amministrazione	S		
Comune sede legale	F262-MODUGNO	C.A.P. sede legale	70026
Indirizzo sede legale	VIALE DELLA REPUBBLICA, 46		
Telefono sede legale	0805865541	Fax sede legale	0805865262
E-mail sede legale	d.martino@comune.modugno.ba.it		
Comune sede di lavoro	F262-MODUGNO	C.A.P. sede di lavoro	70026
Indirizzo sede di lavoro	VIALE DELLA REPUBBLICA 46		
Telefono sede di lavoro	0805865541	Fax sede operativa	0805868262
E-mail sede di lavoro	d.martino@comune.modugno.ba.it		

Sezione 2 - Lavoratore

Codice fiscale	SPRMNL83H59I549H	Sesso	F
Cognome	SPERTI	Nome	MANUELA
Comune (o stato estero) di nascita	I549-SCORRANO	Data di nascita	19/06/1983
Cittadinanza	000 - ITALIA	Titolo di soggiorno	-
Motivo titolo di soggiorno	-	Numero titolo di soggiorno	
Scadenza titolo di soggiorno			
Questura rilascio titolo di soggiorno			
Sussistenza di sistemazione alloggiativa			
Impegno del Datore di lavoro al pagamento delle spese di rimpatrio			
Comune residenza	E815-MAGLIE	CAP residenza	73024
Indirizzo residenza	Via Luigi Einaudi n. 25		
Comune domicilio	E815-MAGLIE	CAP domicilio	73024
Indirizzo di domicilio	Via Luigi Einaudi n. 25		
Livello istruzione	40 - diploma di istruzione secondaria superiore che permette l'accesso all'universita'		

Sezione 4 - Rapporto di lavoro

Data inizio	29/09/2020	Data fine	
--------------------	------------	------------------	--

Ente previdenziale	INPS	Codice Ente Previdenziale	
P.A.T. INAIL	70106123	Socio lavoratore	No
Lavoro in mobilità	No	lavoro stagionale	No
Tipologia contrattuale	LAVORO A TEMPO INDETERMINATO		
Tipo Orario	TEMPO PIENO	Ore settimanali medie	
Qualifica professionale (ISTAT)	impiegato amministrativo		
Mansione			
Contratto collettivo applicato	PERSONALE DEL COMPARTO REGIONI ED ENTI LOCALI		
Livello Inquadramento	QUALIFICATO - C1	Tipo lavorazione	
Assunzione Obbligatoria	NO	Categoria Lavoratore per Assunzione Obbligatoria	
Lavoro in agricoltura	NO		
Retribuzione/Compenso	21881	Giornate lavorative previste	

Cessazione

Data cessazione	31/10/2023	Codice causa	DI - DIMISSIONI
------------------------	------------	---------------------	-----------------

Sezione 5 - Dati Invio

Data invio		Versione	CO190701R1
Soggetto che effettua la comunicazione		Codice fiscale soggetto attuatore	
E-mail		Tipologia sogg. attuatore	- Non codificato
Assunzione per cause di forza maggiore	No	Descrizione causa di forza maggiore	

NOTE (ad uso esclusivo del portale sintesi)