



# Comunicazione Obbligatoria Unificato Som

## Sezione 1 - Agenzia di somministrazione

|                                  |                           |                        |                |
|----------------------------------|---------------------------|------------------------|----------------|
| codice fiscale *                 | 01751620681               |                        |                |
| denominazione datore di lavoro * | HUMANGEST S.P.A.          |                        |                |
| numero iscrizione all'albo *     | 13/I/22415                |                        |                |
| cod. comune sede legale * (1)    | F205                      | CAP sede legale *      | 20121          |
| indirizzo sede legale *          | VIA MANZONI 37            |                        |                |
| telefono sede legale (*)         | +39 0294393401            | fax sede legale (*)    | +39 0294393102 |
| e-mail sede legale (*)           | info@humangest.it         |                        |                |
| cod. comune sede operativa *(1)  | B963                      | CAP sede operativa *   | 81100          |
| indirizzo sede operativa *       | VIA UNITÀ ITALIANA, 41/43 |                        |                |
| telefono sede operativa (*)      | 0823 447030               | fax sede operativa (*) | 0823 328986    |
| e-mail sede operativa (*)        | info@humangest.it         |                        |                |

## Sezione 2 - Lavoratore

|                                                              |                                                                                  |                       |            |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------|
| codice fiscale *                                             | DMLCLD88C02B715X                                                                 |                       |            |
| cognome *                                                    | DI MOLFETTA                                                                      |                       |            |
| nome *                                                       | CATALDO                                                                          | sessi *               | Maschile   |
| cod. comune o in alternativa stato straniero di nascita *(1) | B715                                                                             |                       |            |
| cod. cittadinanza *(1)                                       | ITALIANA                                                                         | data di nascita *     | 02/03/1988 |
| tipo documento (*)                                           |                                                                                  | numero documento      |            |
| motivo del permesso (*)                                      |                                                                                  | scadenza permesso (*) |            |
| cod. comune di domicilio*(1)                                 | B715                                                                             | CAP *                 | 81043      |
| indirizzo di domicilio *                                     | VIA MAEZZA APPIA, 49                                                             |                       |            |
| livello istruzione *                                         | DIPLOMA DI ISTRUZIONE SECONDARIA SUPERIORE CHE PERMETTE L ACCESSO ALL UNIVERSITA |                       |            |

## Sezione 3 - Rapporto Agenzia/Lavoratore

|                    |        |
|--------------------|--------|
| numero matricola * | 833463 |
|--------------------|--------|





numero Agenzia di Somministrazione \* 23000084 data fine somministrazione(\*) 30/06/2026

data inizio somministrazione \* 02/02/2026 Ente previdenziale \* INPS

Codice Ente previdenziale(1)

indennità di disponibilità

tipologia contrattuale \*

LAVORO A TEMPO DETERMINATO

data fine proroga (\*)

30/06/2026

## Sezione 4 - Ditta utilizzatrice

numero contratto somministrazione \* 110038/2026/54

codice fiscale \*

01377120637

denominazione datore di lavoro \*

LAEZZA S.P.A.

cod. settore \*(1) 203070

cod. comune sede legale \*(1) E932

CAP sede legale \* 80121

indirizzo sede legale \*

MARTIRI

telefono sede legale (\*)

0823 821388

fax sede legale (\*)

e-mail sede legale (\*)

laezzaspa@legalmail.it

cod. comune sede di lavoro \*(1)

E932

CAP sede di lavoro \*

81025

indirizzo sede di lavoro \*

VIA GIOVANNI FRANCESCO MAGGIO' ZONA IND.LE SU

telefono sede di lavoro (\*)

fax sede di lavoro (\*)

e-mail sede di lavoro (\*)

laezzaspa@legalmail.it

## Sezione 5- Proroga

data fine proroga \*

30/06/2026

data inizio missione \*

02/02/2026

## Sezione 6 - Dati Invio

data invio\* (marca temporale)

26/05/2026

codice comunicazione(2)

soggetto che effettua la comunicazione  
(se diverso dal datore di lavoro)

codice fiscale del soggetto che effettua la comunicazione (se diverso dal datore di lavoro)

tipo di comunicazione

comunicazione obbligatoria

codice comunicazione precedente

\*\* Campo da compilare obbligatoriamente

(\*) Campo da compilare in modalità alternativa o se ricorre la condizione

(1) Per l'individuazione del codice corrispondente, si faccia riferimento all'Allegato D del D.M. delle C.O.

(2) Non compilare, spazi utilizzati dalla procedura Informatica

