

Assago, 28/07/2023

Oggetto: Relazione assolvimento obblighi ai sensi della L. 68/1999

Io sottoscritto Dott. Maitti Maurizio, , in qualità di Legale Rappresentante della società ACAL BFI ITALY SRL, con sede legale in Via Cascina Venina, 2, Assago 20090 (MI), CF/P.IVA 00439950585, dichiaro sotto la mia responsabilità che la stessa risulta in regola con gli adempimenti ai sensi della L. 68/1999 in materia di collocamento obbligatorio.

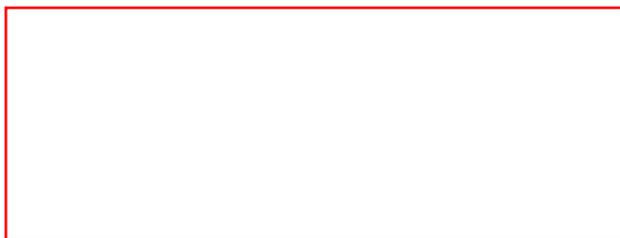
Infatti alla data di oggi, 28/07/2023, l'azienda risulta occupare n. 38 lavoratori, di cui 3 dirigenti, 4 lavoratori a tempo parziale e 1 lavoratore diversamente abile.

In forza di quanto sopra, riproporzionando i lavoratori a tempo parziale, i dipendenti computabili diventano 33, facendo rientrare la nostra attività nella fascia tra 15 e 35, con 1 obbligo di assunzione.

Tale obbligo è assolto con l'assunzione a tempo pieno e indeterminato di un soggetto diversamente abile a far data dal 01/10/2011.

Dichiaro inoltre che la Acal BFI Italy assolve regolarmente e puntualmente l'obbligo di presentazione del prospetto informativo entro il 31/01 di ogni anno, come previsto dalla normativa vigente.

A riprova di quanto sopra esposto, alleghiamo alla presente comunicazione gli ultimi tre prospetti informativi inviati.



Allegati:

- 1.
- 2.
- 3.

Prospetto informativo 2022
Prospetto informativo 2021
Prospetto informativo 2020



RS 00402

Acal BFi Italy S.r.l a socio unico

Sede Centrale
Via Cascina Venina 20/A - 20057 Assago MI
Tel: +39 02 53583.1 - Fax: +39 02 53583201/2

C.F. 00439950585 P.I. 09627110159
Cap.Soc.I.V. € 245.960,00
R.E.A. Milano 1305243 Imprese Milano 291437
Iscritta ai registri dei produttori: AEE N° IT08020000002053, Pile IT09060P00000530

Filiale di Roma
Via Alessandro de Stefani 60 - 00137 Roma
Tel: +39 06 86894259/34 - Fax +39 06 86895354

web: www.acalbfi.it email: info-it@acalbfi.it
PEC: acalbfi.italy@legalmail.it

Informativa PRIVACY GDPR www.acalbfi.com/it/services/privacy-policy

Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Acal BFi Holdings Limited

RICEVUTA

Codice comunicazione : 1001521C00217053

Data invio : 27/01/2021 15.34.28

Protocollo n. 217053del : 27/01/2021

Quadro 1

Dati prospetto			
data riferimento prospetto *	31-12-2020	N lavoratori in forza nazionale *	33
Prospetto presentato dalla Capogruppo *	NO	categoria azienda L.68/99 ART.3 C.1 *	C
data prima assunzione (DPR.333/2000) (*)	--	data seconda assunzione (DPR.333/2000)(*)	--
		nessuna assunzione aggiuntiva(*)	S
Dati aziendali			
tipologia del dichiarante *	A	codice fiscale *	00439950585
denominazione datore di lavoro *	ACAL BFI ITALY SRL		
settore *	46.90.00 - Commercio all'ingrosso non specializzato		
cod. contratto collettivo applicato *	0780 - COMMERCIO - Confcommercio		
comune sede legale *	A473 - ASSAGO	CAP sede legale *	20090
indirizzo sede legale *	VIA CASCINA VENINA 20		
telefono sede legale *	[REDACTED]	fax sede legale *	[REDACTED]
PEC sede legale *	bsassociati@pec.it		
codice fiscale referente *	[REDACTED]		
cognome referente *	BALLOTTA	nome referente *	MATTIA
indirizzo referente *	VIA MONTE DI PIETA' 2		
comune referente *	B731 - CARAVAGGIO	CAP referente *	24043
telefono referente *	[REDACTED]	fax referente *	[REDACTED]
email referente *	[REDACTED]		
Gradualita - Sezione obbligatoria per le aziende in gradualita			
data atto *	--		
estremi atto *			
N. assunzioni di lavoratori non disabili effettuate dopo la trasformazione *			
data trasformazione *	--	percentuale *	
Assunzione mediante pubblica selezione (art.7 c.3 L.68/99)			

Quadro 2

Quadro 2 Dati Provinciali			
codice provincia *(1)	058 - ROMA		
comune sede di riferimento *(1)	H501 - ROMA	CAP sede di riferimento *	00141
indirizzo sede di riferimento *	VIA EMILIO DE MARCHI 27		
telefono sede di riferimento(*)	[REDACTED]	fax sede di riferimento (*)	[REDACTED]
email sede di riferimento *			
cognome referente *	BALLOTTA	nome referente *	MATTIA
N. posti previsti per centralinisti non vedenti (113/85 e 403/71) 0			
N. posti previsti per massofisioterapisti non vedenti (113/85 e 403/71) 0			

Dati relativi al personale dipendente

N.Totale lavoratori dipendenti *	5
N.Categorie protette in forza (L.68.99 art 18) *	0
Di cui in forza al 17.1.2000 *	0

Disabili in forza L.68/99

N. Lavoratori tempo pieno *	0
-----------------------------	---

Centralinisti telefonici non vedenti

N. Lavoratori tempo pieno *	0
-----------------------------	---

Terapisti della riabilitazione e massiofisioterapisti non vedenti (L.29/94)

N. Lavoratori tempo pieno *	0
-----------------------------	---

Telelavoro (art.23, D.Lgs.80/2015)

N. Lavoratori tempo pieno *	0
-----------------------------	---

Dati relativi al personale non dipendente**Lavoratori disabili somministrati (art.34, co.3, D.Lgs.81/2015)**

N. Lavoratori tempo pieno *	0
-----------------------------	---

Lavoratori disabili in convenzione art.12 bis e 14

N. Lavoratori tempo pieno *	0
-----------------------------	---

Gradualita - Sezione non obbligatoria

N. assunzione effettuate dopo la trasformazione *	
---	--

note (*)

Quadro 2 Dati Provinciali

codice provincia *(1)	015 - MILANO	CAP sede di riferimento *	20090
comune sede di riferimento *(1)	A473 - ASSAGO	indirizzo sede di riferimento *	VIA CASCINA VENINA, 20
telefono sede di riferimento(*)		fax sede di riferimento (*)	
email sede di riferimento *		cognome referente *	GONZINI
		nome referente *	STEFANO

N. posti previsti per centralinisti non vedenti (113/85 e 403/71) 0

N. posti previsti per massiofisioterapisti non vedenti (113/85 e 403/71) 0

Dati relativi al personale dipendente

N.Totale lavoratori dipendenti *	28
N.Categorie protette in forza (L.68.99 art 18) *	0
Di cui in forza al 17.1.2000 *	0

Disabili in forza L.68/99

N. Lavoratori tempo pieno *	1
-----------------------------	---

Centralinisti telefonici non vedenti

N. Lavoratori tempo pieno *	0
-----------------------------	---

Terapisti della riabilitazione e massiofisioterapisti non vedenti (L.29/94)

N. Lavoratori tempo pieno *	0
-----------------------------	---

Telelavoro (art.23, D.Lgs.80/2015)

N. Lavoratori tempo pieno *	0
-----------------------------	---

Categorie escluse dal computo

categoria esclusa dal computo *	0001 - Dirigenti
N.lavoratori appartenenti alla categoria *	1

Dettaglio Part-time

N. part-time *	2
Orario settimanale contrattuale *	40:00
Orario settimanale part-time *	30:00
N. part-time *	1
Orario settimanale contrattuale *	40:00
Orario settimanale part-time *	36:00
N. part-time *	1
Orario settimanale contrattuale *	40:00
Orario settimanale part-time *	31:00

Dati relativi al personale non dipendente**Lavoratori disabili somministrati (art.34, co.3, D.Lgs.81/2015)**

N. Lavoratori tempo pieno * 0

Lavoratori disabili in convenzione art.12 bis e 14

N. Lavoratori tempo pieno * 0

Elenco lavoratori computabili n° 1**Lavoratore**

Codice fiscale *	
Cognome *	
Nome *	
Sesso M / F *	M
Data Nascita *	
Cod. comune o in alternativa stato straniero di nascita * (1)	
Percentuale disabilita'	67
Data inizio rapporto *	01-10-2011
Tipologia contrattuale *	A.01.00 - LAVORO A TEMPO INDETERMINATO
Data fine rapporto (rapporti TD) (*)	-
Qualifica professionale ISTAT *(1)	4.1.1.4.0.0 - Addetti alla gestione del personale
Tipo assunzione protetta *	F - Nessuno dei precedenti
Orario settimanale contrattuale *	40:00
Orario settimanale svolto*	40:00
Categoria soggetto *	D - Disabile
Categoria assunzione *	NO - Nominativa

Gradualita - Sezione non obbligatoria

N. assunzione effettuate dopo la trasformazione *

note (*)

Quadro 3**Elenco riepiloghi provinciali****Legenda**

1. **PROV:** Provincia
2. **NBC3:** N. lav.(base computo art.3)
3. **NBC18:** N. lav.(base computo art.18)
4. **COM.DS:** Categoria e N.compensazioni disabili
5. **COM.CT:** Categoria e N.compensazioni categorie protette
6. **N.DIS:** N.disabili in forza (L.68/99)
7. **N.CAT:** N.categorie protette in forza (L.68/99 art.18)
8. **QRD:** Quota riserva disabili
9. **QR18:** Quota riserva Art.18
10. **NP.ES:** N.posizioni esonerate
11. **NSD68:** N.scoperture disabili (L.68/99 art.1)
12. **NSCP68:** N.scoperture categorie protette (L.68/99 art.18)
13. **SOSC:** Sospensioni in corso

[1] PROV	[2] NBC3	[3] NBC18	[4] COM.DS	[5] COM.CT	[6] N.DIS	[7] N.CAT	[8] QRD	[9] QR18	[10] NP.ES	[11] NSD68	[12] NSCP68	[13] SOSC
058 - ROMA	5	5			0	0	0	0	0	0	0	N
015 - MILANO	25	25			1	0	1	0	0	0	0	N

E - eccedenza ; R - riduzione

Riepilogativo nazionale

numero lavoratori (base computo art.3)*	30
numero lavoratori (base computo art.18)*	30
quota di riserva disabili *	1
quota di riserva Art.18 *	0
N.posizioni esonerate *	0
N.disabili in forza (L.68/99 art.1) *	1
N.categorie protette in forza (L.68/99 art.18) *	0
N.di cui in forza al 17.01.2000 *	0
quota esuberi Art.18 *	0
N.scoperture disabili (L.68/99 art.1) *	0
N.scoperture categorie protette (L.68/99 art.18) *	0
Sospensioni in corso *	N
Note	

Dati invio

data invio*	27-01-2021 15:34:28
soggetto che effettua la comunicazione	001
codice fiscale del soggetto che effettua la comunicazione	03445410164
email del soggetto che effettua la comunicazione	
tipo comunicazione *	01

RICEVUTA

Codice comunicazione : 1001522C00330976

Data invio : 28/01/2022 16.46.43

Protocollo n. 330976del : 28/01/2022

Quadro 1

Dati prospetto

data riferimento prospetto *	31-12-2021	N lavoratori in forza nazionale *	36
Prospetto presentato dalla Capogruppo *	NO	categoria azienda L.68/99 ART.3 C.1 *	C
data prima assunzione (DPR.333/2000) (*)	--	data seconda assunzione (DPR.333/2000)(*)	--
		nessuna assunzione aggiuntiva(*)	S

Dati aziendali

tipologia del dichiarante *	A	codice fiscale *	00439950585
denominazione datore di lavoro *	ACAL BFI ITALY SRL		
settore *	46.90.00 - Commercio all'ingrosso non specializzato		
cod. contratto collettivo applicato *	0780 - COMMERCIO - Confcommercio		
comune sede legale *	A473 - ASSAGO	CAP sede legale *	20090
indirizzo sede legale *	VIA CASCINA VENINA 20		
telefono sede legale *	<input type="text"/>	fax sede legale *	<input type="text"/>
PEC sede legale *	bsassociati@pec.it		
codice fiscale referente *	<input type="text"/>		
cognome referente *	BALLOTTA	nome referente *	MATTIA
indirizzo referente *	VIA MONTE DI PIETA' 2		
comune referente *	B731 - CARAVAGGIO	CAP referente *	24043
telefono referente *	<input type="text"/>	fax referente *	<input type="text"/>
email referente *	<input type="text"/>		

Gradualita - Sezione obbligatoria per le aziende in gradualita

data atto *	--		
estremi atto *			
N. assunzioni di lavoratori non disabili effettuate dopo la trasformazione *			
data trasformazione *	--	percentuale *	

Assunzione mediante pubblica selezione (art.7 c.3 L.68/99)

Quadro 2

Quadro 2 Dati Provinciali

codice provincia *(1)	058 - ROMA		
comune sede di riferimento *(1)	H501 - ROMA	CAP sede di riferimento *	00141
indirizzo sede di riferimento *	VIA EMILIO DE MARCHI 27		
telefono sede di riferimento(*)	<input type="text"/>	fax sede di riferimento (*)	<input type="text"/>
email sede di riferimento *			
cognome referente *	BALLOTTA	nome referente *	MATTIA

N. posti previsti per centralinisti non vedenti (113/85 e 403/71) 0

N. posti previsti per massofisioterapisti non vedenti (113/85 e 403/71) 0

Dati relativi al personale dipendente

N. Totale lavoratori dipendenti *	4
N. Categorie protette in forza (L.68.99 art 18) *	0
Di cui in forza al 17.1.2000 *	0

Disabili in forza L.68/99

N. Lavoratori tempo pieno * 0

Centralinisti telefonici non vedenti

N. Lavoratori tempo pieno * 0

Terapisti della riabilitazione e massiofisioterapisti non vedenti (L.29/94)

N. Lavoratori tempo pieno * 0

Telelavoro (art.23, D.Lgs.80/2015)

N. Lavoratori tempo pieno * 0

Dati relativi al personale non dipendente**Lavoratori disabili somministrati (art.34, co.3, D.Lgs.81/2015)**

N. Lavoratori tempo pieno * 0

Lavoratori disabili in convenzione art.12 bis e 14

N. Lavoratori tempo pieno * 0

Gradualita - Sezione non obbligatoria

N. assunzione effettuate dopo la trasformazione *

note (*)

Quadro 2 Dati Provinciali

codice provincia *(1)	015 - MILANO	CAP sede di riferimento *	20090
comune sede di riferimento *(1)	A473 - ASSAGO	fax sede di riferimento (*)	
indirizzo sede di riferimento *	VIA CASCINA VENINA, 20		
telefono sede di riferimento(*)		nome referente *	STEFANO
email sede di riferimento *			
cognome referente *	GONZINI		

N. posti previsti per centralinisti non vedenti (113/85 e 403/71) 0

N. posti previsti per massiofisioterapisti non vedenti (113/85 e 403/71) 0

Dati relativi al personale dipendente

N.Totale lavoratori dipendenti * 32

N.Categorie protette in forza (L.68.99 art 18) * 0

Di cui in forza al 17.1.2000 * 0

Disabili in forza L.68/99

N. Lavoratori tempo pieno * 1

Centralinisti telefonici non vedenti

N. Lavoratori tempo pieno * 0

Terapisti della riabilitazione e massiofisioterapisti non vedenti (L.29/94)

N. Lavoratori tempo pieno * 0

Telelavoro (art.23, D.Lgs.80/2015)

N. Lavoratori tempo pieno * 0

Categorie escluse dal computo

categoria esclusa dal computo * 0001 - Dirigenti

N.lavoratori appartenenti alla categoria * 3

Dettaglio Part-time

N. part-time * 2

Orario settimanale contrattuale * 40:00

Orario settimanale part-time * 30:00

N. part-time * 1

Orario settimanale contrattuale * 40:00

Orario settimanale part-time * 36:00

N. part-time * 1

Orario settimanale contrattuale * 40:00

Orario settimanale part-time * 31:00

N. part-time * 1

Orario settimanale contrattuale * 40:00

Orario settimanale part-time * 35:00

Dati relativi al personale non dipendente**Lavoratori disabili somministrati (art.34, co.3, D.Lgs.81/2015)**

N. Lavoratori tempo pieno * 0

Lavoratori disabili in convenzione art.12 bis e 14

N. Lavoratori tempo pieno * 0

Elenco lavoratori computabili n° 1**Lavoratore**

Codice fiscale * _____
 Cognome * _____
 Nome * _____
 Sesso M / F * M _____
 Data Nascita * _____
 Cod. comune o in alternativa stato straniero di nascita * (1) _____
 Percentuale disabilita' 67 _____
 Data inizio rapporto * 01-10-2011 _____
 Tipologia contrattuale * A.01.00 - LAVORO A TEMPO INDETERMINATO _____
 Data fine rapporto (rapporti TD) (*) -- _____
 Qualifica professionale ISTAT *(1) 4.1.1.4.0.0 - Addetti alla gestione del personale _____
 Tipo assunzione protetta * F - Nessuno dei precedenti _____
 Orario settimanale contrattuale * 40:00 _____
 Orario settimanale svolto* 40:00 _____
 Categoria soggetto * D - Disabile _____
 Categoria assunzione * NO - Nominativa _____

Gradualita - Sezione non obbligatoria

N. assunzione effettuate dopo la trasformazione * _____
 note (*) _____

Quadro 3**Elenco riepiloghi provinciali****Legenda**

1. PROV: Provincia
2. NBC3: N. lav.(base computo art.3)
3. NBC18: N. lav.(base computo art.18)
4. COM.DS: Categoria e N.compensazioni disabili
5. COM.CT: Categoria e N.compensazioni categorie protette
6. N.DIS: N.disabili in forza (L.68/99)
7. N.CAT: N.categorie protette in forza (L.68/99 art.18)
8. QRD: Quota riserva disabili
9. QR18: Quota riserva Art.18
10. NP.ES: N.posizioni esonerate
11. NSD68: N.scoperture disabili (L.68/99 art.1)
12. NSCP68: N.scoperture categorie protette (L.68/99 art.18)
13. SOSC: Sospensioni in corso

[1] PROV	[2] NBC3	[3] NBC18	[4] COM.DS	[5] COM.CT	[6] N.DIS	[7] N.CAT	[8] QRD	[9] QR18	[10] NP.ES	[11] NSD68	[12] NSCP68	[13] SOSC
058 - ROMA	4	4			0	0	0	0	0	0	0	N
015 - MILANO	27	27			1	0	1	0	0	0	0	N

E - eccedenza ; R - riduzione

Riepilogativo nazionale

numero lavoratori (base computo art.3)*	31
numero lavoratori (base computo art.18)*	31

quota di riserva disabili *	1
quota di riserva Art.18 *	0
N.posizioni esonerate *	0
N.disabili in forza (L.68/99 art.1) *	1
N.categorie protette in forza (L.68/99 art.18) *	0
N.di cui in forza al 17.01.2000 *	0
quota esuberi Art.18 *	0
N.scoperture disabili (L.68/99 art.1) *	0
N.scoperture categorie protette (L.68/99 art.18) *	0
Sospensioni in corso *	N
Note	

Dati invio

data invio*	28-01-2022 16:46:43
soggetto che effettua la comunicazione	001
codice fiscale del soggetto che effettua la comunicazione	03445410164
email del soggetto che effettua la comunicazione	
tipo comunicazione *	01

RICEVUTA

Data invio : 20/01/2023 9.32.56

Codice comunicazione : 1001523C00247888

Protocollo n. 247888del : 20/01/2023

Quadro 1

Dati prospetto

data riferimento prospetto*	31-12-2022	N lavoratori in forza nazionale*	36
Prospetto presentato dalla Capogruppo*	NO	categoria azienda L.68/99 ART.3 C.1*	C
data prima assunzione (DPR.333/2000)(*)	--	data seconda assunzione (DPR.333/2000)(*)	--
		nessuna assunzione aggiuntiva(*)	S

Dati aziendali

tipologia del dichiarante*	A	codice fiscale*	00439950585
denominazione datore di lavoro *	ACAL BFI ITALY SRL		
settore *	46.90.00 - Commercio all'ingrosso non specializzato		
cod.contratto collettivo applicato*	0780 - COMMERCIO - Confcommercio		
comune sede legale *	A473 - ASSAGO	CAP sede legale *	20090
indirizzo sede legale *	VIA CASCINA VENINA 20		
telefono sede legale *			
PEC sede legale *			
codice fiscale referente *			
cognome referente *	BALLOTTA	nome referente *	MATTIA
indirizzo referente *	VIA MONTE DI PIETA' 2		
comune referente *	B731 - CARAVAGGIO	CAP referente *	24043
telefono referente *			
email referente *			

Gradualita - Sezione obbligatoria per le aziende in gradualita

data atto *	--
estremi atto *	
N. assunzioni di lavoratori non disabili effettuate dopo la trasformazione *	
data trasformazione *	percentuale *

Assunzione mediante pubblica selezione (art.7 c.3 L.68/99)

Quadro 2

Quadro 2 Dati Provinciali

codice provincia *(1)	058 - ROMA	CAP sede di riferimento *	00141
comune sede di riferimento *(1)	H501 - ROMA		
indirizzo sede di riferimento *	VIA EMILIO DE MARCHI 27		
telefono sede di riferimento(*)			
email sede di riferimento *			
cognome referente *	BALLOTTA	nome referente *	MATTIA
N. posti previsti per centralinisti non vedenti (113/85 e 403/71) 0			
N. posti previsti per massofisioterapisti non vedenti (113/85 e 403/71) 0			

Dati relativi al personale dipendente

N.Totale lavoratori dipendenti *	5
N.Categorie protette in forza (L.68.99 art 18) *	0
Di cui in forza al 17.1.2000 *	0

Disabili in forza L.68/99

N. Lavoratori tempo pieno *	0
-----------------------------	---

Centralinisti telefonici non vedenti

N. Lavoratori tempo pieno * 0

Terapisti della riabilitazione e massiofisioterapisti non vedenti (L.29/94)

N. Lavoratori tempo pieno * 0

Telelavoro (art.23, D.Lgs.80/2015)

N. Lavoratori tempo pieno * 0

Dati relativi al personale non dipendente**Lavoratori disabili somministrati (art.34, co.3, D.Lgs.81/2015)**

N. Lavoratori tempo pieno * 0

Lavoratori disabili in convenzione art.12 bis e 14

N. Lavoratori tempo pieno * 0

Gradualita - Sezione non obbligatoria

N. assunzione effettuate dopo la trasformazione *

note (*)

Quadro 2 Dati Provinciali

codice provincia *(1) 015 - MILANO

comune sede di riferimento *(1) A473 - ASSAGO CAP sede di riferimento * 20090

indirizzo sede di riferimento * VIA CASCINA VENINA, 20

telefono sede di riferimento(*)

email sede di riferimento *

cognome referente * GONZINI nome referente * STEFANO

N. posti previsti per centralinisti non vedenti (113/85 e 403/71) 0

N. posti previsti per massiofisioterapisti non vedenti (113/85 e 403/71) 0

Dati relativi al personale dipendente

N.Totale lavoratori dipendenti * 31

N.Categorie protette in forza (L.68.99 art 18) * 0

Di cui in forza al 17.1.2000 * 0

Disabili in forza L.68/99

N. Lavoratori tempo pieno * 1

Centralinisti telefonici non vedenti

N. Lavoratori tempo pieno * 0

Terapisti della riabilitazione e massiofisioterapisti non vedenti (L.29/94)

N. Lavoratori tempo pieno * 0

Telelavoro (art.23, D.Lgs.80/2015)

N. Lavoratori tempo pieno * 0

Categorie escluse dal computo

categoria esclusa dal computo * 0001 - Dirigenti

N.lavoratori appartenenti alla categoria * 2

Dettaglio Part-time

N. part-time * 1

Orario settimanale contrattuale * 40:00

Orario settimanale part-time * 36:00

N. part-time * 1

Orario settimanale contrattuale * 40:00

Orario settimanale part-time * 31:00

N. part-time * 1

Orario settimanale contrattuale * 40:00

Orario settimanale part-time * 30:00

Dati relativi al personale non dipendente**Lavoratori disabili somministrati (art.34, co.3, D.Lgs.81/2015)**

N. Lavoratori tempo pieno * 0

Lavoratori disabili in convenzione art.12 bis e 14

N. Lavoratori tempo pieno * 0

Elenco lavoratori computabili n° 1

Lavoratore

Codice fiscale *

Cognome *

Nome *

Sesso M / F *

Data Nascita *	
Cod. comune o in alternativa stato straniero di nascita * (1)	
Percentuale disabilita'	67
Data inizio rapporto *	
Tipologia contrattuale *	A.01.00 - LAVORO A TEMPO INDETERMINATO
Data fine rapporto (rapporti TD) (*)	--
Qualifica professionale ISTAT *(1)	
Tipo assunzione protetta *	F - Nessuno dei precedenti
Orario settimanale contrattuale *	40:00
Orario settimanale svolto*	40:00
Categoria soggetto *	D - Disabile
Categoria assunzione *	NO - Nominativa
Gradualita - Sezione non obbligatoria	
N. assunzione effettuate dopo la trasformazione *	
note (*)	

Quadro 3

Elenco riepiloghi provinciali

Legenda

1. PROV: Provincia
2. NBC3: N. lav.(base computo art.3)
3. NBC18: N. lav.(base computo art.18)
4. COM.DS: Categoria e N.compensazioni disabili
5. COM.CT: Categoria e N.compensazioni categorie protette
6. N.DIS: N.disabili in forza (L.68/99)
7. N.CAT: N.categorie protette in forza (L.68/99 art.18)
8. QRD: Quota riserva disabili
9. QR18: Quota riserva Art.18
10. NP.ES: N.posizioni esonerate
11. NSD68: N.scoperture disabili (L.68/99 art.1)
12. NSCP68: N.scoperture categorie protette (L.68/99 art.18)
13. SOSC: Sospensioni in corso

[1] PROV	[2] NBC3	[3] NBC18	[4] COM.DS	[5] COM.CT	[6] N.DIS	[7] N.CAT	[8] QRD	[9] QR18	[10] NP.ES	[11] NSD68	[12] NSCP68	[13] SOSC
058 - ROMA	5	5			0	0	0	0	0	0	0	N
015 - MILANO	27	27			1	0	1	0	0	0	0	N

E - eccedenza ; R - riduzione

Riepilogativo nazionale

numero lavoratori (base computo art.3)*	32
numero lavoratori (base computo art.18)*	32
quota di riserva disabili *	1
quota di riserva Art.18 *	0
N.posizioni esonerate *	0
N.disabili in forza (L.68/99 art.1) *	1
N.categorie protette in forza (L.68/99 art.18) *	0
N.di cui in forza al 17.01.2000 *	0
quota esuberi Art.18 *	0
N.scoperture disabili (L.68/99 art.1) *	0

N.scoperture categorie protette (L.68/99 art.18) *	0
Sospensioni in corso *	N
Note	



Dati invio

data invio*	20-01-2023 09:32:56
soggetto che effettua la comunicazione	001
codice fiscale del soggetto che effettua la comunicazione	03445410164
email del soggetto che effettua la comunicazione	
tipo comunicazione *	01