

RICEVUTA

Data invio : 26/03/2025 17.40.14

Codice comunicazione : 1001525C00811855

Protocollo n. 811855del : 26/03/2025

Quadro 1

Dati prospecto

| | | | |
|--|------------|---|----|
| data riferimento prospecto* | 31-12-2024 | N lavoratori in forza nazionale* | 20 |
| 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* | 01657700157 |
| denominazione datore di lavoro * | CODEVINTEC ITALIANA SRL | | |
| settore * | 46.69.91 - Commercio all'ingrosso di strumenti e attrezzature di misurazione per uso scientifico | | |
| cod. contratto collettivo applicato* | 0780 - COMMERCIO - Confcommercio | | |
| comune sede legale * | F205 - MILANO | CAP sede legale * | 20147 |
| indirizzo sede legale * | VIA LABUS, 13 | | |
| telefono sede legale * | 0321182771 | fax sede legale * | |
| PEC sede legale * | studioantonietti@casellapec.com | | |
| codice fiscale referente * | FCCCRL63R57L781V | | |
| cognome referente * | FACCIOLI | nome referente * | CHIARA LUISA |
| indirizzo referente * | VIA LABUS, 13 | | |
| comune referente * | F205 - MILANO | CAP referente * | 20147 |
| telefono referente * | 0321182771 | fax 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 | | |
| comune sede di riferimento *(1) | H501 - ROMA | CAP sede di riferimento * | 00119 |
| indirizzo sede di riferimento * | VIALE LENORMANT 215-217 | | |
| telefono sede di riferimento(*) | 0321182771 | fax sede di riferimento (*) | |
| email sede di riferimento * | | | |
| cognome referente * | FACCIOLI | nome referente * | CHIARA LUISA |

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 * | 6 |
|-----------------------------------|---|

| | |
|--|--------------------|
| 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 |
| Categorie escluse dal computo | |
| categoria esclusa dal computo * | 0002 - Apprendisti |
| N.lavoratori appartenenti alla categoria * | 3 |
| 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) | F205 - MILANO | CAP sede di riferimento * | 20100 |
| indirizzo sede di riferimento * | VIA LABUS 13 | | |
| telefono sede di riferimento(*) | 0321182771 | fax sede di riferimento (*) | |
| email sede di riferimento * | | | |
| cognome referente * | FACCIOLI | nome referente * | CHIARA LUISA |
| 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 * | 14 | | |
| 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 | | |
| N. part-time * | 1 | | |
| Orario settimanale parttime * | 21:00 | | |
| Orario settimanale contrattuale * | 40:00 | | |
| 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 | | |
| Dettaglio Part-time | | | |
| N. part-time * | 4 | | |
| 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 | | |
| 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 * | FCCLSN90E28F205A |
| Cognome * | FACCIOLI |
| Nome * | ALESSANDRO |
| Sesso M / F * | M |
| Data Nascita * | 28-05-1990 |
| Cod. comune o in alternativa stato straniero di nascita * (1) | F205 - MILANO |
| Percentuale disabilita' | 0 |
| Data inizio rapporto * | 15-11-2024 |
| Tipologia contrattuale * | A.02.00 - LAVORO A TEMPO DETERMINATO |
| Data fine rapporto (rapporti TD) (*) | 14-05-2025 |
| Qualifica professionale ISTAT *(1) | 4.1.1.2.0.6 - impiegato amministrativo |
| Tipo assunzione protetta * | F - Nessuno dei precedenti |
| Orario settimanale contrattuale * | 40:00 |
| Orario settimanale svolto* | 21:00 |
| 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 | 3 | 3 | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | N |
| 015 - MILANO | 12 | 12 | | | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | N |

E - eccedenza ; R - riduzione

Riepilogativo nazionale

| | |
|--|----|
| numero lavoratori (base computo art.3)* | 15 |
| numero lavoratori (base computo art.18)* | 15 |
| 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* | 26-03-2025 17:40:14 |
| soggetto che effettua la comunicazione | 001 |
| codice fiscale del soggetto che effettua la comunicazione | NTNPTR55C25B041T |
| email del soggetto che effettua la comunicazione | unilav@antonietti.com |
| tipo comunicazione * | 01 |