

collegate)

Quadro 1

Dati prospetto

data riferimento prospetto *	31-12-2022	N lavoratori in forza nazionale *	47
Prospetto presentato dalla Capogruppo *	NO	categoria azienda L.68/99 ART.3 C.1 *	B
data prima assunzione (DPR 333/2000)(*)	-	data seconda assunzione (DPR 333/2000)(*)	-
		nessuna assunzione aggiuntiva(*)	S

Dati aziendali

tipologia del dichiarante *	A	codice fiscale *	13218350158
denominazione datore di lavoro *	I.C.M.Q. S.P.A.		
settore *	71.20.21 - Controllo di qualità e certificazione di prodotti, processi e sistemi		
cod contratto collettivo applicato *	1480 - LATERIZI - Industria		
comune sede legale *	F205 - MILANO	CAP sede legale *	20124
indirizzo sede legale *	VIA GAETANO DE CASTILLIA 10		
telefono sede legale *	027015081	fax sede legale *	0270150854
PEC sede legale *	ICMQ@PEC.ICMQ.IT		
codice fiscale referente *	[REDACTED]		
cognome referente *	[REDACTED]	nome referente *	[REDACTED]
indirizzo referente *	[REDACTED]		
comune referente *	[REDACTED]	CAP referente *	[REDACTED]
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)	015 - MILANO	CAP sede di riferimento *	20124
comune sede di riferimento *(1)	F205 - MILANO		
indirizzo sede di riferimento *	VIA GAETANO DE CASTILLIA, 10		
telefono sede di riferimento(*)	[REDACTED]	fax sede di riferimento (*)	[REDACTED]
email sede di riferimento *	[REDACTED]		
cognome referente *	[REDACTED]	nome referente *	[REDACTED]

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 *	47
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
N. part-time *	1
Orario settimanale parttime *	30:00
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 |

Categorie escluse dal computo

categoria esclusa dal computo *	0001 - Dirigenti
N. lavoratori appartenenti alla categoria *	3

Dettaglio Part-time

N. part-time *	1
Orario settimanale contrattuale *	40:00
Orario settimanale part-time *	08:00
N. part-time *	1
Orario settimanale contrattuale *	40:00
Orario settimanale part-time *	20:00
N. part-time *	3
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° 2

Lavoratore	[REDACTED]
Codice fiscale *	[REDACTED]
Cognome *	[REDACTED]
Nome *	[REDACTED]
Sesso M / F *	[REDACTED]
Data Nascita *	[REDACTED]

Cod. comune o in alternativa stato straniero di nascita * (1)	
Percentuale disabilita	
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*	30:00
Categoria soggetto *	D - Disabile
Categoria assunzione *	NO - Nominativa
Lavoratore	
Codice fiscale *	
Cognome *	
Nome *	
Sesso M / F *	
Data Nascita *	
Cod. comune o in alternativa stato straniero di nascita * (1)	
Percentuale disabilita	
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
015 - MILANO	40	40			2	0	2	0	0	0	0	N

E - eccedenza ; R - riduzione

Riepilogativo nazionale

numero lavoratori (base computo art.3)*	40
numero lavoratori (base computo art.18)*	40
quota di riserva disabili *	2
quota di riserva Art.18 *	0
N.posizioni esonerate *	0
N disabili in forza (L.68/99 art.1) *	2
N categorie protette in forza (L.68/99 art.18) *	0
N di cui in forza al 17.01.2000 *	0
quota esuber 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*	27-01-2023 14:34:24
oggetto che effettua la comunicazione	
codice fiscale del soggetto che effettua la comunicazione	
email del soggetto che effettua la comunicazione	
tipo comunicazione *	01