



**RELAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 COMMA 3 bis DEL D.L. 77/21**

Il sottoscritto Dott. Fabrizio Felippone, nato a Milano il 12.12.1959, in qualità di Consigliere Delegato e legale rappresentante dell'operatore economico PROJECT AUTOMATION S.p.A., con sede legale in Monza, Viale Elvezia n. 42, C.F. 03483920173, P.IVA 02930110966

**DICHIARA**

**ai sensi degli artt. 46 e 47, d.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.**

- a) Di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro delle persone con disabilità, ai sensi della Legge n. 68/1999.  
Si allega l'ultimo prospetto informativo inviato in via telematica, come previsto dall'art. 9 comma 6 della citata Legge, dal quale si evince la situazione occupazionale e l'assolvimento degli obblighi.
- b) Di non essere stato destinatario di provvedimenti o sanzioni riferiti all'ottemperanza degli obblighi di cui alla L. 68/99 nel triennio antecedente la data di scadenza della presentazione dell'offerta.
- c) Che copia della presente relazione viene consegnata alle rappresentanze sindacali aziendali

L'operatore economico, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità (art. 76 d.P.R. n. 445/2000), sottoscrive la presente dichiarazione in data 31.01.2024



**Project Automation S.p.A.**  
Sede Legale e Operativa  
Viale Elvezia, 42  
20900 Monza – MB – ITALY  
Tel.: 039 2806.1  
PEC: [paspas@legalmail.it](mailto:paspas@legalmail.it)

Cap. Soc. € 6.000.000 i.v.  
Partita IVA 02930110966  
Cod. Fisc. e n° Iscriz. 03483920173  
del Reg. Impr. Monza e Brianza  
REA n° 1604390  
[www.p-a.it](http://www.p-a.it)

RICEVUTA

Codice comunicazione : 1010824C00055515

Data invio : 30/01/2024 10.53.31

Protocollo n. 55515 del: 30/01/2024

Stato pratica : I Utente di stampa: it09624

## Quadro 1

## Dati prospetto

data riferimento prospetto*	31-12-2023	N lavoratori in forza nazionale*	186
Prospetto presentato dalla Capogruppo*	NO	categoria azienda L.68/99 ART.3 C.1*	A
data prima assunzione (DPR.333/2000) (*)	--	data seconda assunzione (DPR.333/2000)(*)	--
		nessuna assunzione aggiuntiva(*)	S

## Dati aziendali

tipologia del dichiarante*	A	codice fiscale*	03483920173
denominazione datore di lavoro *	PROJECT AUTOMATION SPA		
settore *	43.21.01 - Installazione di impianti elettrici in edifici o in altre opere di costruzione (inclusa manutenzione e riparazione)		
cod.contratto collettivo applicato*	1810 - METALMECCANICA - Industria		
comune sede legale *	F704 - MONZA	CAP sede legale *	20900
indirizzo sede legale *	VIALE ELVEZIA 42		
telefono sede legale *	03928061	fax sede legale *	0392806430
PEC sede legale *	pasp@legalmail.it		
codice fiscale referente *	MRNCST66P41F704R		
cognome referente *	MAIERNA	nome referente *	CRISTINA
indirizzo referente *	VIALE ELVEZIA, 42		
comune referente *	F704 - MONZA	CAP referente *	20900
telefono referente *	03928061	fax referente *	0392806430
email referente *	pasp@legalmail.it		

## 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)	037 - BOLOGNA		
comune sede di riferimento *(1)	A944 - BOLOGNA	CAP sede di riferimento *	40100
indirizzo sede di riferimento *	Via Sant'Agnes 53		
telefono sede di riferimento(*)	051864848	fax sede di riferimento (*)	051864848
email sede di riferimento *	pasp@legalmail.it		
cognome referente *	MAIERNA	nome referente *	CRISTINA

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 *	8
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

**Dettaglio Part-time**

N. part-time \* 1

Orario settimanale contrattuale \* 40:00

Orario settimanale part-time \* 20:00

**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

**Gradualita - Sezione non obbligatoria**

N. assunzione effettuate dopo la trasformazione \*

note (\*)

**Quadro 2 Dati Provinciali**

codice provincia *(1)	031 - GORIZIA	CAP sede di riferimento *	00125
comune sede di riferimento *(1)	H665 - SAGRADO	fax sede di riferimento (*)	0392806430
indirizzo sede di riferimento *	Via Corridoni 9/11	nome referente *	CRISTINA
telefono sede di riferimento(*)	03928061		
email sede di riferimento *	pasp@legalmail.it		
cognome referente *	MAIERNA		

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 \* 2

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 \* 1

**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)	058 - ROMA	CAP sede di riferimento *	00125
comune sede di riferimento *(1)	H501 - ROMA	fax sede di riferimento (*)	0672673420
indirizzo sede di riferimento *	Via G. Volpe 19		
telefono sede di riferimento(*)	0672672339		
email sede di riferimento *	pasp@legalmail.it		

cognome referente * MAIERNA	nome referente * CRISTINA
-----------------------------	---------------------------

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 *	17
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 *	0001 - Dirigenti
N.lavoratori appartenenti alla categoria *	1

**Dettaglio Part-time**

N. part-time *	2
Orario settimanale contrattuale *	40:00
Orario settimanale part-time *	20:00

**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

**Gradualita - Sezione non obbligatoria**

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

**Elenco compensazioni territoriali****compensazione**

provincia compensazione *(1)	108 - MONZA E BRIANZA
categoria compensazione *	R - Riduzione
numero lavoratori *	1
categoria soggetto *	D - Disabile
Codice fiscale azienda appartenente al gruppo *	

**Quadro 2 Dati Provinciali**

codice provincia *(1)	108 - MONZA E BRIANZA		
comune sede di riferimento *(1)	F704 - MONZA	CAP sede di riferimento *	00125
indirizzo sede di riferimento *	VIALE ELVEZIA, 42		
telefono sede di riferimento(*)	03928061	fax sede di riferimento (*)	0392806430
email sede di riferimento *	pasp@legalmail.it		
cognome referente *	MAIERNA	nome referente *	CRISTINA

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 *	124
N. Categorie protette in forza (L.68.99 art 18) *	1
Di cui in forza al 17.1.2000 *	0

**Disabili in forza L.68/99**

N. Lavoratori tempo pieno *	9
N. part-time *	1
Orario settimanale parttime *	21:00
Orario settimanale contrattuale *	40:00
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 \* 0002 - Apprendisti

N.lavoratori appartenenti alla categoria \* 11

categoria esclusa dal computo \* 0001 - Dirigenti

N.lavoratori appartenenti alla categoria \* 6

**Dettaglio Part-time**

N. part-time \* 1

Orario settimanale contrattuale \* 40:00

Orario settimanale part-time \* 25:00

N. part-time \* 4

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

N. part-time \* 2

Orario settimanale parttime \* 20:00

Orario settimanale contrattuale \* 38:00

**Elenco lavoratori computabili n° 14**

**Lavoratore**

Codice fiscale \*

Cognome \*

Nome \*

Sesso M / F \*

Data Nascita \*

Cod. comune o in alternativa stato straniero di nascita \* (1)

Data inizio rapporto \*

Tipologia contrattuale \*

Data fine rapporto (rapporti TD) (\*)

Qualifica professionale ISTAT \*(1)

Tipo assunzione protetta \*

Orario settimanale contrattuale \*

Orario settimanale svolto\*

Categoria soggetto \*

Categoria assunzione \*

ATO

**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 \*

Data fine rapporto (rapporti TD) (\*)

Qualifica professionale ISTAT \*(1)

Tipo assunzione protetta \*

Orario settimanale contrattuale \*

Orario settimanale svolto\*

Categoria soggetto \*

Categoria assunzione \*

NATO

**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 \*

Data fine rapporto (rapporti TD) (\*)

ATO

*OMISSIS*

Qualifica professionale ISTAT *(1)
Tipo assunzione protetta *
Orario settimanale contrattuale *
Orario settimanale svolto*
Categoria soggetto *
Categoria assunzione *

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 *
Data fine rapporto (rapporti TD) (*)
Qualifica professionale ISTAT *(1)
Tipo assunzione protetta *
Orario settimanale contrattuale *
Orario settimanale svolto*
Categoria soggetto *
Categoria assunzione *

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 *
Data fine rapporto (rapporti TD) (*)
Qualifica professionale ISTAT *(1)
Tipo assunzione protetta *
Orario settimanale contrattuale *
Orario settimanale svolto*
Categoria soggetto *
Categoria assunzione *

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 *
Data fine rapporto (rapporti TD) (*)
Qualifica professionale ISTAT *(1)
Tipo assunzione protetta *
Orario settimanale contrattuale *
Orario settimanale svolto*
Categoria soggetto *
Categoria assunzione *

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 *
Data fine rapporto (rapporti TD) (*)
Qualifica professionale ISTAT *(1)
Tipo assunzione protetta *

*OMISSIS*

IATO

VATO

IATO

NATO

Orario settimanale contrattuale *
Orario settimanale svolto*
Categoria soggetto *
Categoria assunzione *

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 *
Data fine rapporto (rapporti TD) (*)
Qualifica professionale ISTAT *(1)
Tipo assunzione protetta *
Orario settimanale contrattuale *
Orario settimanale svolto*
Categoria soggetto *
Categoria assunzione *

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 *
Data fine rapporto (rapporti TD) (*)
Qualifica professionale ISTAT *(1)
Tipo assunzione protetta *
Orario settimanale contrattuale *
Orario settimanale svolto*
Categoria soggetto *
Categoria assunzione *

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 *
Data fine rapporto (rapporti TD) (*)
Qualifica professionale ISTAT *(1)
Tipo assunzione protetta *
Orario settimanale contrattuale *
Orario settimanale svolto*
Categoria soggetto *
Categoria assunzione *

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 *
Data fine rapporto (rapporti TD) (*)
Qualifica professionale ISTAT *(1)
Tipo assunzione protetta *
Orario settimanale contrattuale *
Orario settimanale svolto*

NATO

IATO

IATO

isti

INATO

OMISSIS

Categoria soggetto \*

Categoria assunzione \*

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 \*

Data fine rapporto (rapporti TD) (\*)

Qualifica professionale ISTAT \*(1)

Tipo assunzione protetta \*

Orario settimanale contrattuale \*

Orario settimanale svolto\*

Categoria soggetto \*

Categoria assunzione \*

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 \*

Data fine rapporto (rapporti TD) (\*)

Qualifica professionale ISTAT \*(1)

Tipo assunzione protetta \*

Orario settimanale contrattuale \*

Orario settimanale svolto\*

Categoria soggetto \*

Categoria assunzione \*

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 \*

Data fine rapporto (rapporti TD) (\*)

Qualifica professionale ISTAT \*(1)

Tipo assunzione protetta \*

Orario settimanale contrattuale \*

Orario settimanale svolto\*

Categoria soggetto \*

Categoria assunzione \*

N. assunzione effettuate dopo la trasformazione \*

note (\*)

**Gradualita - Sezione non obbligatoria**

**Elenco compensazioni territoriali**

compensazione

provincia compensazione \*(1)

categoria compensazione \*

numero lavoratori \*

categoria soggetto \*

Codice fiscale azienda appartenente al gruppo \*

058 - ROMA

E - Eccedenza

1

D - Disabile

OMISSIS

INATO

zzini e professioni assimilate

IATO

glitori e separatori di rifiuti

TO

**Quadro 2 Dati Provinciali**

codice provincia \*(1) 001 - TORINO

comune sede di riferimento \*(1) L219 - TORINO

indirizzo sede di riferimento \* Via Schiaparelli 20

CAP sede di riferimento \* 00125



telefono sede di riferimento(*)	03928061	fax sede di riferimento (*)	0392806430
email sede di riferimento *	paspa@legalmail.it		
cognome referente *	MAIERNA	nome referente *	CRISTINA
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)	072 - BARI		
comune sede di riferimento *(1)	A662 - BARI	CAP sede di riferimento *	70123
indirizzo sede di riferimento *	VIA CALDAROLA 12/H		
telefono sede di riferimento(*)	0805530110	fax sede di riferimento (*)	0805530110
email sede di riferimento *	paspa@legalmail.it		
cognome referente *	MAIERNA	nome referente *	CRISTINA
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 *	8
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 *	1

**Dettaglio Part-time**

N. part-time *	1
Orario settimanale contrattuale *	40:00
Orario settimanale part-time *	20:00

**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
-----------------------------	---

**Gradualita - Sezione non obbligatoria**

N. assunzione effettuate dopo la trasformazione \*

note (\*)

**Quadro 2 Dati Provinciali**

codice provincia *(1)	092 - CAGLIARI	CAP sede di riferimento *	00125
comune sede di riferimento *(1)	A474 - ASSEMINI	fax sede di riferimento (*)	0392806430
indirizzo sede di riferimento *	6^ strada angolo 3^ strada zona ind. macchiareddu	nome referente *	CRISTINA
telefono sede di riferimento(*)	03928061		
email sede di riferimento *	paspa@legalmail.it		
cognome referente *	MAIERNA		

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 *	1

**Dettaglio Part-time**

N. part-time *	1
Orario settimanale contrattuale *	40:00
Orario settimanale part-time *	34:00

**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

**Gradualita - Sezione non obbligatoria**

N. assunzione effettuate dopo la trasformazione \*

note (\*)

**Quadro 2 Dati Provinciali**

codice provincia *(1)	089 - SIRACUSA	CAP sede di riferimento *	00125
comune sede di riferimento *(1)	F107 - MELILLI	fax sede di riferimento (*)	0392806430
indirizzo sede di riferimento *	Via Edoardo Garrone 1	nome referente *	CRISTINA
telefono sede di riferimento(*)	03928061		
email sede di riferimento *	paspa@legalmail.it		
cognome referente *	MAIERNA		

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

**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)	048 - FIRENZE	CAP sede di riferimento *	00125
comune sede di riferimento *(1)	B962 - SCANDICCI	fax sede di riferimento (*)	0392806430
indirizzo sede di riferimento *	Via Ilio Barontini 22	nome referente *	CRISTINA
telefono sede di riferimento(*)	03928061		
email sede di riferimento *	paspa@legalmail.it		
cognome referente *	MAIERNA		

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)	023 - VERONA	CAP sede di riferimento *	00125
comune sede di riferimento *(1)	I003 - SAN MARTINO BUON ALBERGO	fax sede di riferimento (*)	0392806430
indirizzo sede di riferimento *	Via E. Torricelli 14	nome referente *	CRISTINA
telefono sede di riferimento(*)	03928061		
email sede di riferimento *	paspa@legalmail.it		
cognome referente *	MAIERNA		

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

**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 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
037 - BOLOGNA	7	7			0	0	0	0	0	0	0	N
031 - GORIZIA	1	1			0	0	0	0	0	0	0	N
058 - ROMA	15	15	R - 1		0	0	1	0	0	0	0	N
108 - MONZA E BRIANZA	94	94	E - 1		13	1	9	1	0	0	0	N
001 - TORINO	5	5			0	0	0	0	0	0	0	N
072 - BARI	6	6			0	0	0	0	0	0	0	N
092 - CAGLIARI	5	5			0	0	0	0	0	0	0	N
089 - SIRACUSA	6	6			0	0	0	0	0	0	0	N
048 - FIRENZE	4	4			0	0	0	0	0	0	0	N
023 - VERONA	6	6			0	0	0	0	0	0	0	N

E - eccedenza ; R - riduzione

**Riepilogativo nazionale**

numero lavoratori (base computo art.3)*	149
numero lavoratori (base computo art.18)*	149
quota di riserva disabili *	10
quota di riserva Art.18 *	1
N.posizioni esonerate *	0
N.disabili in forza (L.68/99 art.1) *	13
N.categorie protette in forza (L.68/99 art.18) *	1
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*	30-01-2024 10:53:31
soggetto che effettua la comunicazione	
codice fiscale del soggetto che effettua la comunicazione	
email del soggetto che effettua la comunicazione	crisrina.maierna@p-a.it
tipo comunicazione *	01