

RICEVUTA

Data invio : 30/01/2023 15.30.59

Codice comunicazione : 1001523C00351979

Protocollo n. 351979 del : 30/01/2023

## Quadro 1

### Dati prospetto

data riferimento prospetto\* **31-12-2022**

Prospetto presentato dalla Capogruppo\* **NO**

data prima assunzione (DPR.333/2000)(\*) **--**

N lavoratori in forza nazionale\* **70**

categoria azienda L.68/99 ART.3 C.1\* **A**

data seconda assunzione (DPR.333/2000)(\*) **--**

nessuna assunzione aggiuntiva(\*) **S**

### Dati aziendali

tipologia del dichiarante\* **A**

denominazione datore di lavoro \* **EUROCLONE S.p.A.**

settore \* **46.46.30 - Commercio all'ingrosso di articoli medicali ed ortopedici**

cod.contratto collettivo applicato\* **0780 - COMMERCIO - Confcommercio**

comune sede legale \* **F205 - MILANO**

indirizzo sede legale \* **VIA SPEZIA N.1**

codice fiscale\* **08126390155**

CAP sede legale \* **20142**

telefono sede legale \* **0238195283**

fax sede legale \* **0238195352**

PEC sede legale \* **gestione.personale@pec.euroclone.it**

codice fiscale referente \* **ALESSIA**

cognome referente \* **ONNIS**

indirizzo referente \* **VIA SPEZIA N.1**

comune referente \* **20016**

telefono referente \* **0238195352**

email referente \* **a.onnis@euroclone.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) **015 - MILANO**

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

indirizzo sede di riferimento \* **---**

telefono sede di riferimento(\*) **---**

email sede di riferimento \* **a.onnis@euroclone.it**

CAP sede di riferimento \* **20016**

fax sede di riferimento (\*) **0238195352**

nome referente \* **ALESSIA**

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 \* **70**

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 *	<b>6</b>
N. part-time *	<b>1</b>
Orario settimanale parttime *	<b>20:00</b>
Orario settimanale contrattuale *	<b>40:00</b>

### Centralinisti telefonici non vedenti

N. Lavoratori tempo pieno *	<b>0</b>
-----------------------------	----------

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

N. Lavoratori tempo pieno *	<b>0</b>
-----------------------------	----------

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

N. Lavoratori tempo pieno *	<b>0</b>
-----------------------------	----------

### Categorie escluse dal computo

categoria esclusa dal computo *	<b>0002 - Apprendisti</b>
---------------------------------	---------------------------

N.lavoratori appartenenti alla categoria *	<b>1</b>
--	----------

categoria esclusa dal computo *	<b>0001 - Dirigenti</b>
---------------------------------	-------------------------

N.lavoratori appartenenti alla categoria *	<b>1</b>
--	----------

### Dettaglio Part-time

N. part-time *	<b>2</b>
----------------	----------

Orario settimanale contrattuale *	<b>40:00</b>
-----------------------------------	--------------

Orario settimanale part-time *	<b>30:00</b>
--------------------------------	--------------

### Dati relativi al personale non dipendente

#### Lavoratori disabili somministrati (art.34, co.3, D.Lgs.81/2015)

N. Lavoratori tempo pieno *	<b>0</b>
-----------------------------	----------

#### Lavoratori disabili in convenzione art.12 bis e 14

N. Lavoratori tempo pieno *	<b>0</b>
-----------------------------	----------

### Elenco lavoratori computabili n° 7

#### Lavoratore

Codice fiscale *	
------------------	--

Cognome *	<b>FOSSOMBRONI</b>
-----------	--------------------

Nome *	<b>MELISSA</b>
--------	----------------

Sesso M / F *	<b>F</b>
---------------	----------

Data Nascita *	
----------------	--

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

Percentuale disabilità'	<b>80</b>
-------------------------	-----------

Data inizio rapporto *	<b>09-12-2009</b>
------------------------	-------------------

Tipologia contrattuale *	<b>A.01.00 - LAVORO A TEMPO INDETERMINATO</b>
--------------------------	---

Data fine rapporto (rapporti TD) (*)	<b>--</b>
--------------------------------------	-----------

Qualifica professionale ISTAT *(1)	<b>4.1.1.2.0.0 - Addetti agli affari generali</b>
------------------------------------	---

Tipo assunzione protetta *	<b>F - Nessuno dei precedenti</b>
----------------------------	-----------------------------------

Orario settimanale contrattuale *	<b>40:00</b>
-----------------------------------	--------------

Orario settimanale svolto*	<b>40:00</b>
----------------------------	--------------

Categoria soggetto *	<b>D - Disabile</b>
----------------------	---------------------

Categoria assunzione *	<b>NO - Nominativa</b>
------------------------	------------------------

#### Lavoratore

Codice fiscale *	
------------------	--

Cognome *	<b>MARANGONI</b>
-----------	------------------

Nome *	<b>ANDREA STEFANO</b>
--------	-----------------------

Sesso M / F *	<b>M</b>
---------------	----------

Data Nascita *	
----------------	--

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

Percentuale disabilità'	<b>90</b>
-------------------------	-----------

Data inizio rapporto *	<b>01-10-1999</b>
------------------------	-------------------

Tipologia contrattuale *	<b>A.01.00 - LAVORO A TEMPO INDETERMINATO</b>
Data fine rapporto (rapporti TD) (*)	--
Qualifica professionale ISTAT *(1)	4.1.1.2.0.0 - Addetti agli affari generali
Tipo assunzione protetta *	<b>F - Nessuno dei precedenti</b>
Orario settimanale contrattuale *	<b>40:00</b>
Orario settimanale svolto*	<b>40:00</b>
Categoria soggetto *	<b>D - Disabile</b>
Categoria assunzione *	<b>NO - Nominativa</b>
<b>Lavoratore</b>	
Codice fiscale *	
Cognome *	<b>ONNIS</b>
Nome *	<b>ALESSIA</b>
Sesso M / F *	<b>F</b>
Data Nascita *	:
Cod. comune o in alternativa stato straniero di nascita * (1)	:
Percentuale disabilita'	<b>70</b>
Data inizio rapporto *	<b>02-01-2008</b>
Tipologia contrattuale *	<b>A.01.00 - LAVORO A TEMPO INDETERMINATO</b>
Data fine rapporto (rapporti TD) (*)	--
Qualifica professionale ISTAT *(1)	1.2.3.2.0.0 - Direttori e dirigenti del dipartimento organizzazione, gestione delle risorse umane e delle relazioni industriali
Tipo assunzione protetta *	<b>F - Nessuno dei precedenti</b>
Orario settimanale contrattuale *	<b>40:00</b>
Orario settimanale svolto*	<b>40:00</b>
Categoria soggetto *	<b>D - Disabile</b>
Categoria assunzione *	<b>NO - Nominativa</b>
<b>Lavoratore</b>	
Codice fiscale *	
Cognome *	<b>RUGGERO</b>
Nome *	<b>PIETRO</b>
Sesso M / F *	<b>M</b>
Data Nascita *	:
Cod. comune o in alternativa stato straniero di nascita * (1)	:
Percentuale disabilita'	<b>50</b>
Data inizio rapporto *	<b>04-07-2006</b>
Tipologia contrattuale *	<b>A.01.00 - LAVORO A TEMPO INDETERMINATO</b>
Data fine rapporto (rapporti TD) (*)	--
Qualifica professionale ISTAT *(1)	4.3.1.2.0.0 - Addetti alla gestione dei magazzini e professioni assimilate
Tipo assunzione protetta *	<b>F - Nessuno dei precedenti</b>
Orario settimanale contrattuale *	<b>40:00</b>
Orario settimanale svolto*	<b>40:00</b>
Categoria soggetto *	<b>D - Disabile</b>
Categoria assunzione *	<b>NO - Nominativa</b>
<b>Lavoratore</b>	
Codice fiscale *	
Cognome *	<b>TRALLO</b>
Nome *	<b>SAVINO</b>
Sesso M / F *	<b>M</b>
Data Nascita *	:
Cod. comune o in alternativa stato straniero di nascita * (1)	:
Percentuale disabilita'	<b>80</b>
Data inizio rapporto *	<b>20-06-2005</b>
Tipologia contrattuale *	<b>A.01.00 - LAVORO A TEMPO INDETERMINATO</b>
Data fine rapporto (rapporti TD) (*)	--
Qualifica professionale ISTAT *(1)	4.3.1.2.0.0 - Addetti alla gestione dei magazzini e professioni assimilate
Tipo assunzione protetta *	<b>F - Nessuno dei precedenti</b>

Orario settimanale contrattuale *	<b>40:00</b>
Orario settimanale svolto*	<b>40:00</b>
Categoria soggetto *	<b>D - Disabile</b>
Categoria assunzione *	<b>NO - Nominativa</b>
<b>Lavoratore</b>	
Codice fiscale *	<b>VISCOLI</b>
Cognome *	<b>ROBERTA</b>
Nome *	<b>ROBERTA</b>
Sesso M / F *	<b>F</b>
Data Nascita *	<b>1</b>
Cod. comune o in alternativa stato straniero di nascita * (1)	
Percentuale disabilita'	<b>51</b>
Data inizio rapporto *	<b>01-07-2002</b>
Tipologia contrattuale *	<b>A.01.00 - LAVORO A TEMPO INDETERMINATO</b>
Data fine rapporto (rapporti TD) (*)	<b>--</b>
Qualifica professionale ISTAT *(1)	<b>4.1.1.2.0.0 - Addetti agli affari generali</b>
Tipo assunzione protetta *	<b>F - Nessuno dei precedenti</b>
Orario settimanale contrattuale *	<b>40:00</b>
Orario settimanale svolto*	<b>20:00</b>
Categoria soggetto *	<b>D - Disabile</b>
Categoria assunzione *	<b>NO - Nominativa</b>
<b>Lavoratore</b>	
Codice fiscale *	
Cognome *	<b>RICCI</b>
Nome *	<b>MASSIMO</b>
Sesso M / F *	<b>M</b>
Data Nascita *	
Cod. comune o in alternativa stato straniero di nascita * (1)	
Percentuale disabilita'	<b>70</b>
Data inizio rapporto *	<b>01-11-1996</b>
Tipologia contrattuale *	<b>A.01.00 - LAVORO A TEMPO INDETERMINATO</b>
Data fine rapporto (rapporti TD) (*)	<b>--</b>
Qualifica professionale ISTAT *(1)	<b>4.1.1.2.0.6 - impiegato amministrativo</b>
Tipo assunzione protetta *	<b>F - Nessuno dei precedenti</b>
Orario settimanale contrattuale *	<b>40:00</b>
Orario settimanale svolto*	<b>40:00</b>
Categoria soggetto *	<b>D - Disabile</b>
Categoria assunzione *	<b>NO - Nominativa</b>

### Gradualita - Sezione non obbligatoria

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

### Elenco posti di lavoro disponibili

cod.qualifica professionale ISTAT *(1)	<b>2.3.1.1.1.2 - biologo laboratorista</b>
mansione/Descrizione compiti *	<b>PRODUCT SPECIALIST</b>
N.posti *	<b>1</b>
categoria soggetto *	<b>C - Categoria Protetta</b>
cod.comune di assunzione * (1)	<b>C013 - PERO</b>
capacita richieste/controindicazioni *	<b>LAUREATO IN BIOTECNOLOGIE MEDICALI, CONOSC INGLESE, CONOSC DISPOSITIVI MEDICI PER DIMOSTRAZ TECNICA IN SALA OPERATORIA, SUPPORTO ALLA FORZA VENDITA ESTERNA. AUTOMUNITO XCHE' 80% DEL LAV SI SVOLG VIAGG</b>
presenza di barriere architettoniche *	<b>N</b>
turni notturni *	<b>N</b>
raggiungibilita mezzi pubblici *	<b>S</b>
categoria assunzione	<b>NO - Nominativa</b>

## 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	60	60			6	0	4	1	0	0	1	N

E - eccedenza ; R - riduzione

### Riepilogativo nazionale

numero lavoratori (base computo art.3)*	60
numero lavoratori (base computo art.18)*	60
quota di riserva disabili *	4
quota di riserva Art.18 *	1
N.posizioni esonerate *	0
N.disabili in forza (L.68/99 art.1) *	6
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) *	1
Sospensioni in corso *	N

Note

#### RICHIESTO ELENCO CATEGORIE PROTETTI AL SERVIZIO OCCUPAZIONE DISABILI DI MILANO

### Dati invio

data invio*	30-01-2023 15:30:59
soggetto che effettua la comunicazione	001
codice fiscale del soggetto che effettua la comunicazione	
email del soggetto che effettua la comunicazione	
tipo comunicazione *	01