

Prospetto informativo on-line

Sezione 1- Dati aziendali

Dati prospetto

Data riferimento prospetto *	<input type="text"/>	Prospetto presentato dalla Capogruppo *	<input type="text"/>
Codice fiscale Capogruppo (*)	<input type="text"/>		
Capogruppo estera (*)	<input type="text"/>	N° lavoratori in forza nazionale *	<input type="text"/>
Categoria Azienda L.68/99 art.3 c. (*) (2)	<input type="text"/>	Data prima assunzione (DPR . 333/2000) (*)	<input type="text"/>
Data seconda assunzione (DPR . 333/2000) (*)	<input type="text"/>	Nessuna assunzione aggiuntiva *	<input type="text"/>

Dati aziendali

Tipologia del dichiarante*	<input type="text"/>
Codice fiscale*	<input type="text"/>
Denominazione datore di lavoro *	<input type="text"/>
Settore *	<input type="text"/>
CCNL*	<input type="text"/>
Comune sede legale *	<input type="text"/>
CAP sede legale *	<input type="text"/>
Indirizzo sede legale *	<input type="text"/>
Telefono sede legale (*)	<input type="text"/>
Fax sede legale (*)	<input type="text"/>
PEC sede legale (*)	<input type="text"/>
Codice fiscale Referente *	<input type="text"/>
Cognome Referente *	<input type="text"/>
Nome Referente	<input type="text"/>
Indirizzo Referente *	<input type="text"/>
Comune Referente *	<input type="text"/>
CAP sede Referente *	<input type="text"/>
Telefono Referente (*)	<input type="text"/>
Fax Referente (*)	<input type="text"/>
E-mail referente (*)	<input type="text"/>

Gradualità - Sezione obbligatoria per le aziende in gradualità

Data atto *

Estremi atto*

N° assunzioni di lavoratori non disabili effettuate prima della trasformazione *

Data trasformazione *

Percentuale *

Sospensione a carattere nazionale

Sospensione per mobilità

Data fine sospensione (*)

Assunzione mediante pubblica selezione (art.7 c.3 L. 68/99 - riservato alla Banca d'Italia(0-n))

Da compilare tante volte quante sono le regioni coinvolte

Regione*

Saldo disabili *

Saldo ex art. 18 *

Note

Sezione 2 - Dati Provinciali (1-n)

Da compilare tante volte quante sono le province

Dati Provinciali

Provincia *

Comune sede di riferimento *

CAP sede di riferimento *

Indirizzo sede di riferimento *

Telefono sede di riferimento *

Fax sede di riferimento *

E-mail sede di riferimento *

Cognome Referente *

Nome Referente

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

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

Dati relativi al personale dipendente

N° Totale lavoratori dipendenti *

Lavoratori Disabili L.68/99

N° Disabili in forza L.68/99 Tempo Pieno *

Lavoratori Disabili L.68/99 Part Time

Da compilare tante volte quanti sono i diversi tipi di part-time

N° Disabili in forza L.68/99 Part Time *

Orario Part Time *

Orario Contrattuale *

Centralinisti telefonici non vedenti

N° centralinisti telefonici non vedenti Tempo Pieno *

centralinisti telefonici non vedenti Part Time (0-n)

Da compilare tante volte quanti sono i diversi tipi di part-time

N° centralinisti telefonici non vedenti Tempo Pieno *

Orario Part Time *

Orario Contrattuale *

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

N° terapisti della riabilitaz. e massofisioterap. non vedenti (L.29/94) Tempo Pieno *

Terapisti della riabilitazione e massofisioterapisti non vedenti (L. 29/94) Part Time (0-n)

Da compilare tante volte quanti sono i diversi tipi di part-time

N° terapisti della riabilitaz. e massofisioterap. non vedenti (L.29/94) Part Time *

Orario Part Time *

Orario Contrattuale *

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

Numero lavoratori in telelavoro per intero orario contrattuale *

Telelavoro (art.23, D.Lgs.80/2015) per quota parte dell'orario contrattuale (0-n)

Da compilare tante volte quanti sono i diversi tipi di part-time

Numero lavoratori in telelavoro per quota parte dell'orario contrattuale *

Orario Orario settimanale svolto in telelavoro *

Orario Contrattuale *

Categorie escluse dal computo (0-n)

Da compilare tante volte quante sono le categorie

Categoria esclusa dal computo*

N° lavoratori appartenenti alla categoria *

Dettaglio part-time (0-n)

Da compilare tante volte quanti sono i diversi tipi di part-time

N° part-time *

Orario settimanale contrattuale *

Orario settimanale part time *

Dettaglio intermittenti (0-n)

N° Intermittenti *

Orario settimanale contrattuale *

Orario settimanale svolto *

N° categorie protette in forza (L.68/99 art.18) *

Di cui in forza al 17.1.2000

Dati relativi al personale non dipendente computabile nella quota di riserva

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

N° lavoratori disabili somministrati Tempo Pieno *

Lavoratori Disabili somministrati (art.34, co.3, D.Lgs.81/2015) Part Time (0-n)

Da compilare tante volte quanti sono i diversi tipi di part-time

N° lavoratori disabili somministrati Part Time *

Orario Part Time *

Orario Contrattuale *

Lavoratori Disabili in convenzione artt. 12-bis e 14

N° lavoratori disabili in convenzione artt. 12-bis e 14 Tempo Pieno *

Lavoratori Disabili in convenzione artt. 12-bis e 14 Part Time (0-n)

Da compilare tante volte quanti sono i diversi tipi di part-time

N° lavoratori disabili in convenzione artt. 12-bis e 14 Part Time *

Orario Part Time *

Orario Contrattuale *

Elenco dei lavoratori computabili nella quota di riserva (0-n)

Da compilare tante volte quanti sono i lavoratori computabili

Codice fiscale *

Cognome *

Nome *

Sesso *

Data di nascita *

Comune di nascita *

Percentuale di disabilità (*)

Data inizio rapporto *

Tipologia contrattuale (*)

Data fine rapporto (rapporti TDI) (*)

Qualifica professionale ISTAT * (1)

Tipo assunzione protetta

Orario settimanale contrattuale *

Orario settimanale svolto *

Categoria soggetto *

Categoria assunzione *

Posti di lavoro disponibili (0-n)

Da compilare tante volte quanti sono i posti di lavoro disponibili

Qualifica professionale ISTAT * (1)

Mansione/descrizione compiti *

N° posti *

Categoria soggetto *

Comune di assunzione *

Capacità richieste/controindicazioni *

Presenza di barriere architettoniche *

Turni notturni *

Raggiungibilità mezzi pubblici *

Categoria assunzione *

Elenco Compensazioni territoriali (0-n)

Provincia *

Categoria compensazione *

N° lavoratori *

Categoria soggetto *

Codice fiscale azienda appartenente al gruppo

Sospensioni a carattere provinciale (sezione obbligatoria per le aziende in sospensione)

Stato *

Causale *

Data fine sospensione (*)

N° lavoratori *

Gradualità (sezione obbligatoria per le aziende in gradualità)

N° assunzione effettuate dopo la trasformazione *

Esonero (sezione obbligatoria per le aziende in esonero parziale)

Stato *

Data atto (*)

Estremi atto (*)

Fino al (*)

Percentuale (*)

N° lavoratori in esonero (*)

Esonero Parziale Autocertificato (sezione obbligatoria per le aziende in esonero art.5, co.3-bis L.68/99)

Data autocertificazione *

Percentuale

N° lavoratori 60 per mille *

N° lavoratori in esonero *

Convenzione (sezione obbligatoria per le aziende che hanno richiesto/ottenuto convenzioni)

Stato *	<input type="text"/>
Data atto (*)	<input type="text"/>
Estremi atto (*)	<input type="text"/>
Tipologia di convenzione *	<input type="text"/>
N° lavoratori previsti *	<input type="text"/>
Data stipula (*)	<input type="text"/>
Data scadenza (*)	<input type="text"/>

Note

Note

Sezione 3 - Riepilogo

Riepilogo nazionale

N° Lavoratori base computo art. 3 *	<input type="text"/>
N° Lavoratori base computo art. 18 *	<input type="text"/>
Quota di riserva disabili *	<input type="text"/>
Quota di riserva Art.18 *	<input type="text"/>
N° Posizioni esonerate *	<input type="text"/>
N° Disabili in forza (L.68/99 art. 1) *	<input type="text"/>
N° Categorie protette in forza (L.68/99 art. 18) *	<input type="text"/>
Quota esubero Art.18 *	<input type="text"/>
N° Scoperture disabili (L.68/99 art. 1) *	<input type="text"/>
N° Scoperture e categorie protette (L.68/99 art. 18) *	<input type="text"/>

Sospensioni in corso *

Note

Elenco riepilogo provinciale (1-n)

Da compilare tante volte quante sono le province

Provincia *

N° Lavoratori base computo art. 3 *

N° Lavoratori base computo art. 18 *

Categoria compensazione disabili (*)

N° Compensazione disabili (*)

Categoria compensazione categorie protette (*)

N° Compensazioni categorie protette (*)

N° Disabili in forza (L.68/99 art. 1) *

N° Categorie protette in forza (L.68/99 art. 18) *

Quota di riserva disabili *

Quota di riserva Art.18 *

N° Posizioni esonerate *

N° Scoperture disabili (L.68/99 art. 1) *

N° Scoperture e categorie protette (L.68/99 art. 18) *

N° Scoperture e categorie protette (L.68/99 art. 18) *

Sospensioni in corso *

Sezione 4 - Dati invio

Data invio *

Protocollo sistema *

Soggetto che effettua la comunicazione
(se soggetto abilitato autorizzato) (*)

Codice fiscale del soggetto che effettua la comunicazione (se soggetto abilitato autorizzato) (*)

E-mail del soggetto che effettua la comunicazione *

Tipo di comunicazione *

Codice comunicazione *

Codice comunicazione precedente (*)

Versione *

"*" Campo da compilare obbligatoriamente

(*) Campo da compilare in modalità alternativa o se ricorre la condizione

(**) Campo da compilare se extraUE

(1) Per l'individuazione del codice corrispondente, si faccia riferimento all'Allegato Classificazioni Standard.

(2) Non compilare, spazi utilizzati dalla procedura Informatica