

Quadro 1

| Dati prospetto                                                               |                                                                                       |                                           |             |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------|
| data riferimento prospetto*                                                  | 31-12-2022                                                                            | N lavoratori in forza nazionale*          | 34          |
| 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*                           | 12844250154 |
| denominazione datore di lavoro                                               | SRA INSTRUMENTS SPA                                                                   |                                           |             |
| settore *                                                                    | 46.43.30 - Commercio all'ingrosso di articoli per fotografia, cinematografia e ottica |                                           |             |
| cod.contratto collettivo applicato*                                          | 0780 - COMMERCIO - Confcommercio                                                      |                                           |             |
| comune sede legale *                                                         | C523 - CERNUSCO SUL NAVIGLIO                                                          | CAP sede legale *                         | 20063       |
| indirizzo sede legale *                                                      | VIA ALLA CASTELLANA N. 03                                                             |                                           |             |
| telefono sede legale *                                                       | 0292143258                                                                            | fax sede legale *                         | 0292470901  |
| PEC sede legale *                                                            | SRAINSTRUMENTS@LEGALMAIL.IT                                                           |                                           |             |
| codice fiscale referente *                                                   | OMISSIS                                                                               |                                           |             |
| cognome referente *                                                          | OMISSIS                                                                               | nome referente *                          | PAOLA       |
| indirizzo referente *                                                        | OMISSIS                                                                               |                                           |             |
| comune referente *                                                           | OMISSIS                                                                               | CAP referente *                           | //////      |
| telefono referente *                                                         | 0292143258                                                                            | fax referente *                           | 0292470901  |
| email referente *                                                            | cazzaniga@srainstruments.com                                                          |                                           |             |
| 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 *   | 00100      |
| indirizzo sede di riferimento *                                                    | VIA DI CASAL BRUCIATO N. 49  |                             |            |
| telefono sede di riferimento(*)                                                    | 0292143258                   | fax sede di riferimento (*) | 0292470901 |
| email sede di riferimento *                                                        | cazzaniga@srainstruments.com |                             |            |
| cognome referente *                                                                | OMISSIS                      | nome referente *            | OMISSIS    |
| 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          |                              |                             |            |
| <b>Dati relativi al personale dipendente</b>                                       |                              |                             |            |
| 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                            |                             |            |
| <b>Disabili in forza L.68/99</b>                                                   |                              |                             |            |
| N. Lavoratori tempo pieno *                                                        | 0                            |                             |            |
| <b>Centralinisti telefonici non vedenti</b>                                        |                              |                             |            |
| N. Lavoratori tempo pieno *                                                        | 0                            |                             |            |
| <b>Terapisti della riabilitazione e massiofisioterapisti non vedenti (L.29/94)</b> |                              |                             |            |
| N. Lavoratori tempo pieno *                                                        | 0                            |                             |            |
| <b>Telelavoro (art.23, D.Lgs.80/2015)</b>                                          |                              |                             |            |
| N. Lavoratori tempo pieno *                                                        | 0                            |                             |            |
| <b>Dati relativi al personale non dipendente</b>                                   |                              |                             |            |
| <b>Lavoratori disabili somministrati (art.34, co.3, D.Lgs.81/2015)</b>             |                              |                             |            |
| N. Lavoratori tempo pieno *                                                        | 0                            |                             |            |
| <b>Lavoratori disabili in convenzione art.12 bis e 14</b>                          |                              |                             |            |
| N. Lavoratori tempo pieno *                                                        | 0                            |                             |            |
| <b>Gradualita - Sezione non obbligatoria</b>                                       |                              |                             |            |
| N. assunzione effettuate dopo la trasformazione *                                  |                              |                             |            |
| note (*)                                                                           |                              |                             |            |

| Quadro 2 Dati Provinciali                                                          |                                                             |                             |            |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------|
| codice provincia *(1)                                                              | 015 - MILANO                                                |                             |            |
| comune sede di riferimento *(1)                                                    | C523 - CERNUSCO SUL NAVIGLIO                                | CAP sede di riferimento *   | 20063      |
| indirizzo sede di riferimento *                                                    | VIA ALLA CASTELLANA N. 03                                   |                             |            |
| telefono sede di riferimento(*)                                                    | 0292143258                                                  | fax sede di riferimento (*) | 0292470901 |
| email sede di riferimento *                                                        | cazzaniga@srainstruments.com                                |                             |            |
| cognome referente *                                                                | OMISSIS                                                     | nome referente *            | OMISSIS    |
| 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          |                                                             |                             |            |
| <b>Dati relativi al personale dipendente</b>                                       |                                                             |                             |            |
| N.Totale lavoratori dipendenti *                                                   | 30                                                          |                             |            |
| N.Categorie protette in forza (L.68.99 art 18) *                                   | 0                                                           |                             |            |
| Di cui in forza al 17.1.2000 *                                                     | 0                                                           |                             |            |
| <b>Disabili in forza L.68/99</b>                                                   |                                                             |                             |            |
| N. Lavoratori tempo pieno *                                                        | 2                                                           |                             |            |
| <b>Centralinisti telefonici non vedenti</b>                                        |                                                             |                             |            |
| N. Lavoratori tempo pieno *                                                        | 0                                                           |                             |            |
| <b>Terapisti della riabilitazione e massiofisioterapisti non vedenti (L.29/94)</b> |                                                             |                             |            |
| N. Lavoratori tempo pieno *                                                        | 0                                                           |                             |            |
| <b>Telelavoro (art.23, D.Lgs.80/2015)</b>                                          |                                                             |                             |            |
| N. Lavoratori tempo pieno *                                                        | 0                                                           |                             |            |
| <b>Categorie escluse dal computo</b>                                               |                                                             |                             |            |
| categoria esclusa dal computo *                                                    | 0001 - Dirigenti                                            |                             |            |
| N.lavoratori appartenenti alla categoria *                                         | 2                                                           |                             |            |
| <b>Dettaglio Part-time</b>                                                         |                                                             |                             |            |
| N. part-time *                                                                     | 2                                                           |                             |            |
| Orario settimanale contrattuale *                                                  | 40:00                                                       |                             |            |
| Orario settimanale part-time *                                                     | 30:00                                                       |                             |            |
| <b>Dati relativi al personale non dipendente</b>                                   |                                                             |                             |            |
| <b>Lavoratori disabili somministrati (art.34, co.3, D.Lgs.81/2015)</b>             |                                                             |                             |            |
| N. Lavoratori tempo pieno *                                                        | 0                                                           |                             |            |
| <b>Lavoratori disabili in convenzione art.12 bis e 14</b>                          |                                                             |                             |            |
| N. Lavoratori tempo pieno *                                                        | 0                                                           |                             |            |
| <b>Elenco lavoratori computabili n° 2</b>                                          |                                                             |                             |            |
| <b>Lavoratore</b>                                                                  |                                                             |                             |            |
| Codice fiscale *                                                                   | OMISSIS                                                     |                             |            |
| Cognome *                                                                          | OMISSIS                                                     |                             |            |
| Nome *                                                                             | OMISSIS                                                     |                             |            |
| Sesso M / F *                                                                      | /                                                           |                             |            |
| Data Nascita *                                                                     | ////////                                                    |                             |            |
| Cod. comune o in alternativa stato straniero di nascita *(1)                       | OMISSIS                                                     |                             |            |
| Percentuale disabilita'                                                            | 60                                                          |                             |            |
| Data inizio rapporto *                                                             | OMISSIS                                                     |                             |            |
| Tipologia contrattuale *                                                           | A.01.00 - LAVORO A TEMPO INDETERMINATO                      |                             |            |
| Data fine rapporto (rapporti TD) (*)                                               | --                                                          |                             |            |
| Qualifica professionale ISTAT *(1)                                                 | 3.3.1.1.1.2 - responsabile servizi generali e di segreteria |                             |            |
| Tipo assunzione protetta *                                                         | C - Riconoscimento ex art.4 c.4 L.68/99                     |                             |            |
| Orario settimanale contrattuale *                                                  | 40:00                                                       |                             |            |
| Orario settimanale svolto*                                                         | 40:00                                                       |                             |            |
| Categoria soggetto *                                                               | D - Disabile                                                |                             |            |
| Categoria assunzione *                                                             | NO - Nominativa                                             |                             |            |
| <b>Lavoratore</b>                                                                  |                                                             |                             |            |
| Codice fiscale *                                                                   | OMISSIS                                                     |                             |            |
| Cognome *                                                                          | OMISSIS                                                     |                             |            |
| Nome *                                                                             | OMISSIS                                                     |                             |            |
| Sesso M / F *                                                                      | /                                                           |                             |            |
| Data Nascita *                                                                     | OMISSIS                                                     |                             |            |
| Cod. comune o in alternativa stato straniero di nascita *(1)                       | OMISS                                                       |                             |            |
| Percentuale disabilita'                                                            | 99                                                          |                             |            |
| Data inizio rapporto *                                                             | OMISSIS                                                     |                             |            |
| Tipologia contrattuale *                                                           | A.01.00 - LAVORO A TEMPO INDETERMINATO                      |                             |            |
| Data fine rapporto (rapporti TD) (*)                                               | --                                                          |                             |            |
| 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*                                                         | 25:00                                                       |                             |            |
| Categoria soggetto *                                                               | D - Disabile                                                |                             |            |
| Categoria assunzione *                                                             | NO - Nominativa                                             |                             |            |
| <b>Gradualita - Sezione non obbligatoria</b>                                       |                                                             |                             |            |
| N. assunzione effettuate dopo la trasformazione *                                  |                                                             |                             |            |
| note (*)                                                                           |                                                             |                             |            |

| Elenco posti di lavoro disponibili     |                                                |
|----------------------------------------|------------------------------------------------|
| cod.qualifica professionale ISTAT *(1) | 4.1.1.1.0.0 - Addetti a funzioni di segreteria |
| mansione/Descrizione compiti *         | IMPIEGATO/A                                    |
| N.posti *                              | 1                                              |
| categoria soggetto *                   | D - Disabile                                   |
| cod.comune di assunzione * (1)         | C523 - CERNUSCO SUL NAVIGLIO                   |
| capacita richieste/controindicazioni * | GESTIONE RAPPORTO CLIENTI E/O FORNITORI        |
| presenza di barriere architettoniche * | N                                              |
| turni notturni *                       | N                                              |
| raggiungibilita mezzi pubblici *       | N                                              |
| categoria assunzione                   | NO - Nominativa                                |

## 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   | 4        | 4         |            |            | 0         | 0         | 0       | 0        | 0          | 0          | 0           | N         |
| 015 - MILANO | 25       | 25        |            |            | 2         | 0         | 1       | 0        | 0          | 0          | 0           | N         |

E - eccedenza ; R - riduzione

### Riepilogativo nazionale

|                                                    |    |
|----------------------------------------------------|----|
| numero lavoratori (base computo art.3)*            | 29 |
| numero lavoratori (base computo art.18)*           | 29 |
| quota di riserva disabili *                        | 1  |
| 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 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*                                               | 25-01-2023 11:29:40   |
| soggetto che effettua la comunicazione                    | 001                   |
| codice fiscale del soggetto che effettua la comunicazione | RMNSRG65S25E648F      |
| email del soggetto che effettua la comunicazione          | raimondisergio@tin.it |
| tipo comunicazione *                                      | 01                    |