

Gentilissimi Sigg. RSA
c/o le segreterie Nazionali

Altamura (Ba), 29.12.2023

Oggetto: Relazione assolvimento degli obblighi di cui L.68/99.

La scrivente Società Costruzioni Barozzi Spa – in sigla Cobar Spa con sede in Altamura (Ba) alla Via Selva n. 101 C.F. P.iva 06605700720 in relazione all'allegato prospetto informativo disabili protocollo n. 68057 del 12/01/2023, significa quanto segue:

- In relazione alla scopertura delle 2 unità appartenenti alle categorie protette (L. 68/99 art 18 orfani/vedove), già nel prospetto informativo la Scrivente ha indicato nella sezione “ Elenco posti di lavoro disponibili”, la mansione, nello specifico “ Impiegato tecnico di cantiere”;
- Ad ulteriore conferma della disponibilità dei posti, in data 22/09/2023 ha trasmesso via pec il modello 9.1 con il quale si chiede all'Ufficio Collocamento Mirato di Bari, l'elenco del personale per assunzione nominativa di soggetti appartenenti alla categoria richiesta;
- In data 06/11/2023 è pervenuta via pec, l'esito della selezione da parte dell'Ufficio Collocamento Mirato di Bari, relativa alla ricerca per la figura professionale richiesta;
- Nel contempo l'Ufficio inviava il curriculum del sig. Di Legge Marco, iscritto alla categoria ORFANI/VEDOVE che la Scrivente ha proceduto a contattare e a concordare, per motivi a lui imputabili, l'assunzione con decorrenza 08/01/2024, previo rilascio del nulla osta, richiesto via pec in data 16/11/2023;
- In relazione alla categoria di cui alla L. 68/99 (disabili), si conferma la copertura nella persona del sig. Miglionico Giuseppe, essendo la base computo della Scrivente nella fascia 15-35.

Tanto si doveva.

Cordiali saluti

COBAR S.p.A.
IL LEGALE RAPPRESENTANTE
Vito Matteo BAROZZI

COBAR SPA

SEDE LEGALE

via Selva, 101 - 70022 Altamura (Bari) - Italy

CAPITALE SOCIALE € 8.000.000,00 i.v.

C.F. E P.IVA IT 06605700720 - CODICE UNIVOCO M5UXCR1

TEL +39 080 3103067 / +39 080 3142735 - FAX +39 080 3140572

info@cobarspa.it - cobar@pec.cobarspa.it

www.cobargroup.it

RICEVUTA

Data invio : 12/01/2023 10.59.19

Codice comunicazione : 1407223C00068057

Protocollo n. 68057del : 12/01/2023

Quadro 1

Dati prospetto

data riferimento
prospetto* 31-12-2022

N lavoratori in forza nazionale* 336

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* 06605700720

denominazione
datore di lavoro* COBAR S.P.A.

settore* 41.20.00 - Costruzione di edifici residenziali e non residenziali

cod.contratto
collettivo applicato* 9800 - EDILIZIA - Piccola Industria (CONFAPI)comune sede legale
* A225 - ALTAMURA

CAP sede legale* 70022

indirizzo sede legale
* VIA SELVA 101telefono sede legale
* 0803117744

fax sede legale* 0803117779

PEC sede legale* cobar@pec.cobarspa.it

codice fiscale
referente* QTTMRA74D64A225S

cognome referente* QUATTROMINI

nome referente* MARIA

indirizzo referente* VIA SELVA 101

comune referente* A225 - ALTAMURA

CAP referente* 70022

telefono referente* 0803117744

fax referente* 0803117779

email referente* marilena.quattromini@topserviceweb.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) 072 - BARI

comune sede di riferimento *(1) A225 - ALTAMURA

CAP sede di riferimento* 70022

indirizzo sede di riferimento* VIA SELVA 101

telefono sede di riferimento*(*) 0803117744

fax sede di riferimento (*) 0803117779

email sede di riferimento* marilena.quattromini@topserviceweb.it

cognome referente* QUATTROMINI

nome referente* MARIA

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* 336

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* 1

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* 0008 - Edilizia: lavoratori occupati in cantiere e addetti al trasporto (L.68/99, art. 5, c. 2)

N.lavoratori appartenenti alla
categoria* 310

categoria esclusa dal computo* 0002 - Apprendisti

N.lavoratori appartenenti alla
categoria* 7

categoria esclusa dal computo * **0001 - Dirigenti**
 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**

Elenco lavoratori computabili n° 2**Lavoratore**

Codice fiscale * **DGNNTN59P20C983J**
 Cognome * **DI GENNARO**
 Nome * **ANTONIO**
 Sesso M / F * **M**
 Data Nascita * **20-09-1959**
 Cod. comune o in alternativa stato straniero di nascita * (1) **C983 - CORATO**
 Data inizio rapporto * **06-11-2017**
 Tipologia contrattuale * **A.01.00 - LAVORO A TEMPO INDETERMINATO**
 Data fine rapporto (rapporti TD) (*) **-**
 Qualifica professionale ISTAT *(1) **6.1.2.1.0.0 - Muratori in pietra e mattoni**
 Tipo assunzione protetta * **F - Nessuno dei precedenti**
 Orario settimanale contrattuale * **40:00**
 Orario settimanale svolto * **40:00**
 Categoria soggetto * **C - Categoria Protetta**
 Categoria assunzione * **NU - Numerica**

Lavoratore

Codice fiscale * **MGLGPP80L28A225M**
 Cognome * **MIGLIONICO**
 Nome * **GIUSEPPE**
 Sesso M / F * **M**
 Data Nascita * **28-07-1980**
 Cod. comune o in alternativa stato straniero di nascita * (1) **A225 - ALTAMURA**
 Percentuale disabilità * **67**
 Data inizio rapporto * **05-06-2009**
 Tipologia contrattuale * **A.01.00 - LAVORO A TEMPO INDETERMINATO**
 Data fine rapporto (rapporti TD) (*) **-**
 Qualifica professionale ISTAT *(1) **8.4.2.1.0.0 - Manovali e personale non qualificato dell'edilizia civile e professioni assimilate**
 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**

Gradualità - Sezione non obbligatoria

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

Elenco posti di lavoro disponibili

cod. qualifica professionale ISTAT * (1) **3.1.5.2.0.2 - tecnico di cantiere edile**
 mansione/Descrizione compiti * **IMPIEGATO TECNICO DI CANTIERE**
 N.posti * **2**
 categoria soggetto * **C - Categoria Protetta**
 cod.comune di assunzione * (1) **A662 - BARI**
 capacità richieste/controindicazioni **CONOSCENZE SPECIALISTICHE DI DISEGNO TECNICO**
 presenza di barriere architettoniche **N**
 turni notturni * **N**
 raggiungibilità mezzi pubblici * **S**
 categoria assunzione

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
072 - BARI	16	326			1	1	1	3	0	0	2	N

E - eccedenza ; R - riduzione

Riepilogativo nazionale

numero lavoratori (base computo art.3)*	16
numero lavoratori (base computo art.18)*	326
quota di riserva disabili *	1
quota di riserva Art.18 *	3
N.posizioni esonerate *	0
N.disabili in forza (L.68/99 art.1) *	1
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) *	2
Sospensioni in corso *	N
Note	

Dati invio

data invio*	12-01-2023 10:59:19
soggetto che effettua la comunicazione	
codice fiscale del soggetto che effettua la comunicazione	
email del soggetto che effettua la comunicazione	gestionerisorse@topserviceweb.it
tipo comunicazione *	01

Da "marilena.quattromini@pec.it" <marilena.quattromini@pec.it>

A "collocamentomirato" <collocamentomirato.bari@pec.rupar.puglia.it>

Data venerdì 22 settembre 2023 - 17:59

richiesta elenco personale appartenente liste L. 68/99 - categorie protette COBAR S.P.A.

si allega la richiesta di cui all'oggetto per conto della società COBAR S.P.A. C.F./P.IVA 06605700720

Cordiali saluti.

Allegato(i)

S30C-923092218400.pdf (350 KB)

COBAR S.p.A.
Sede Leg.: Via Selva, 10.
Sede Oper.: Via Monte Pollino 3
70022 ALTAMURA (BA)
C.F. e P.IVA 06605700720
Timbro/Carta intestata azienda

ALL' AGENZIA REGIONALE POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO
(ARPA) - REGIONE PUGLIA

Ufficio Inserimento Mirato Disabili - Ambito provinciale di

- ☒ BARI
☐ BRINDISI
☐ BAT
☐ FOGGIA
☐ LECCE
☐ TARANTO

Richiesta di personale per assunzione nominativa soggetti appartenenti alle Liste di cui alla Legge 68/99 (art. 1 e 18).

Azienda: <u>COBAR S.p.A.</u>	
C.F./P. IVA: <u>06605700720</u>	Attività principale: <u>LAVORI EDILI</u>
Sede legale/operativa: <u>VIA SELVA 101 ALTAMURA (BA)</u>	
Attività economica: <u>LAVORI EDILI</u>	
Telefono/Fax: <u>080 3111166</u>	E-mail/PEC: <u>INFO@COBAR.SPA.IT</u>
Loc. Impiego: <u>ALTAMURA</u>	Raggiungibile con mezzi pubblici: <input checked="" type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Referente aziendale da contattare: <u>RAG. TORTORELLI GIUSEPPE</u>	
Azienda soggetta agli obblighi ex l.68/99 <input checked="" type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	
Azienda in convenzione per l'inserimento di disabili - art.11 l.68/99 <input type="checkbox"/> sì <input checked="" type="checkbox"/> no	
categoria L.68/99 del lavoratore da inserire <input type="checkbox"/> disabile (art.1) <input checked="" type="checkbox"/> altre cat. protette (art.18)	
Tipologia contrattuale prevista	<input checked="" type="checkbox"/> T. indeterminato <input type="checkbox"/> determinato (n. mesi) <input type="checkbox"/> Apprendistato <input type="checkbox"/> Altro (SPECIFICARE)
Esperienza pregressa*	<input checked="" type="checkbox"/> Indispensabile <input type="checkbox"/> Preferibile <input type="checkbox"/> Non necessaria
Disponibilità a tirocinio	<input type="checkbox"/> Sì preferibile (n. mesi) <input type="checkbox"/> Sì indispensabile (n. mesi) * In tali casi <u>non</u> si terrà conto di eventuale richiesta di esperienza pregressa
INFORMAZIONI RELATIVE AL FABBISOGNO PROFESSIONALE RICHIESTO	
Mansione Individuata	<u>INTELEGATO TECNICO DI CANTIERE</u>
Da inserire nel Reparto/ufficio	Sotto la responsabilità di: (specificare la figura professionale)
Tipologia di attività	<input type="checkbox"/> Individuale <input checked="" type="checkbox"/> In gruppo <input type="checkbox"/> A contatto col pubblico
Percorso formativo	<input checked="" type="checkbox"/> Previsto <input type="checkbox"/> Non previsto

PRINCIPALI COMPITI PREVISTI (compilare <u>dettagliando il più precisamente possibile</u> attività e compiti correlati alla mansione richiesta)	ORGANIZZAZIONE TRASTRANEE IN CANTIERE CONTABILITA' E REDAZIONE DI SAL
Orario di lavoro	<input checked="" type="checkbox"/> Tempo pieno <input type="checkbox"/> Part-time Indicare orario: dalle alle Turni <input type="checkbox"/> Notturni orario <input type="checkbox"/> Diurni orario <input type="checkbox"/> Festivi orario
Titolo di studio (specificare se indispensabile o preferibile)	<input checked="" type="checkbox"/> Laurea (ambito/tipologia) INGEGNERIA <input type="checkbox"/> Indispensabile <input checked="" type="checkbox"/> Preferibile <input type="checkbox"/> Diploma (ambito/tipologia) <input type="checkbox"/> Indispensabile <input type="checkbox"/> Preferibile <input type="checkbox"/> Qualifica (ambito/tipologia) <input type="checkbox"/> Indispensabile <input type="checkbox"/> Preferibile <input type="checkbox"/> Obbligo scolastico <input type="checkbox"/> Indispensabile <input type="checkbox"/> Preferibile
Competenze informatiche	<input checked="" type="checkbox"/> Internet <input checked="" type="checkbox"/> Posta elettronica <input checked="" type="checkbox"/> Programmi: EXCEL, PRIMS lin guaggi di programmazione:
Competenze linguistiche (specificare livello di conoscenza richiesto)	1. <input type="checkbox"/> Indisp. <input checked="" type="checkbox"/> Prefer. liv. orale liv. scritto 2. <input type="checkbox"/> Indisp. <input checked="" type="checkbox"/> Prefer. liv. orale liv. scritto 3. <input type="checkbox"/> Indisp. <input checked="" type="checkbox"/> Prefer. liv. orale liv. scritto
Mobilità sul territorio	PATENTE <input checked="" type="checkbox"/> Sì, tipo/I B <input type="checkbox"/> No Automunito/a: <input checked="" type="checkbox"/> Preferibile <input type="checkbox"/> Indispensabile
Patentini specifici	<input type="checkbox"/> Sì, tipo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Preferibile <input type="checkbox"/> Indispensabile
La mansione prevede la guida di automezzi	<input type="checkbox"/> All'interno dell'azienda <input checked="" type="checkbox"/> All'esterno <input type="checkbox"/> No
Comporta trasferte	<input checked="" type="checkbox"/> Sì (specificare: ITALIA) <input type="checkbox"/> No
Materiali Oggetto di lavorazione (specificare)
Lavoro con macchine	<input type="checkbox"/> Controllo della macchina <input checked="" type="checkbox"/> Lavorazione con la macchina <input type="checkbox"/> Macchine in movimento
Strumenti utilizzati (specificare singoli strumenti)	<input type="checkbox"/> Manuali <input type="checkbox"/> Elettrici/meccanici <input type="checkbox"/> Vibranti <input type="checkbox"/> Macchine utensili <input type="checkbox"/> Carrelli elevatori
Competenze trasversali necessarie (Esempio: flessibilità, capacità organizzative...)	CAPACITA' ORGANIZZATIVE LAVORO IN TEAM

La mansione si svolge prevalentemente	<input type="checkbox"/> In piedi (specificare): Possibilità di utilizzare uno sgabello per chi ha difficoltà a rimanere a lungo in piedi <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> seduti <input checked="" type="checkbox"/> in posizione di lavoro non specifica e determinata (possibilità di autogestirla) <input type="checkbox"/> In posizione scomoda o in ambiente ristretto <input type="checkbox"/> Altro:
La mansione prevede	<input type="checkbox"/> Uso di scale <input checked="" type="checkbox"/> Lavoro in altezza <input type="checkbox"/> frequente deambulazione
La mansione prevede operazioni che impegnano	Arti superiori <input type="checkbox"/> continuamente <input type="checkbox"/> spesso <input type="checkbox"/> occasionalmente <input type="checkbox"/> no Arti inferiori <input type="checkbox"/> continuamente <input type="checkbox"/> spesso <input type="checkbox"/> occasionalmente <input type="checkbox"/> no Entrambi <input checked="" type="checkbox"/> continuamente <input type="checkbox"/> spesso <input type="checkbox"/> occasionalmente <input type="checkbox"/> no
La mansione prevede operazioni con carichi	fino a: <input type="checkbox"/> 5 kg <input type="checkbox"/> 10 kg <input type="checkbox"/> 20 kg <input type="checkbox"/> oltre i 20 kg - Specificare "indice di rischio movimentazione": <input type="checkbox"/> continuamente <input type="checkbox"/> spesso <input type="checkbox"/> occasionalmente
uso degli arti superiori	<input type="checkbox"/> in posizione scomoda <input type="checkbox"/> Impiego di forza <input type="checkbox"/> Impiego di entrambi gli arti superiori Il lavoro richiede movimenti precisi e coordinati con le mani: <input type="checkbox"/> molto precisi (es. microsaldature, decorazioni con pennello) <input type="checkbox"/> di media precisione (es. assemblaggio parti) <input type="checkbox"/> di scarsa precisione (es. imballaggio, riempimento scaffali) <input type="checkbox"/> uso di macchine con doppio comando manuale sincronizzato <input type="checkbox"/> uso di comandi a pedale coordinato con movimenti delle mani
INFORMAZIONI RELATIVE ALL'AMBIENTE DI LAVORO	
microclima	Ambiente: <input type="checkbox"/> molto caldo <input type="checkbox"/> molto freddo <input type="checkbox"/> Macchinari che emettono eccessivo calore o freddo <input type="checkbox"/> Sbalzi termici per lavori che richiedono l'entrata/uscita
presenza inquinanti	<input type="checkbox"/> Agenti chimici <input type="checkbox"/> Agenti aerodispersi (polveri, fumi, solventi) <input type="checkbox"/> Rumore <input type="checkbox"/> Altro:
barriere architettoniche	<input type="checkbox"/> Esterne <input type="checkbox"/> All'interno dello stabilimento Sono presenti servizi igienici per disabili? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
dispositivi per audiolesi	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
impegno visivo	<input checked="" type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
facilitazioni	<input type="checkbox"/> Servizio mensa interno <input type="checkbox"/> Buoni pasto <input type="checkbox"/> Altro

Si dichiara che la richiesta e i dati forniti sono finalizzati a colloqui esclusivamente di lavoro.

Data 22/09/2023

TIMBRO E FIRMA DEL DATORE DI LAVORO¹
 S.p.A. - Via S. Maria, 16
 73022 ALTAMURA (BA)
 C.F. e P.I.V. 06605700720

¹ La firma in calce alla dichiarazione deve essere apposta in presenza del dipendente addetto. In alternativa, qualora la presente dichiarazione non fosse firmata alla presenza del dipendente, dovrà pervenire all'ufficio competente unitamente a copia di un documento di identità del sottoscrittore. L'apposizione della firma digitale al documento informatico equivale a sottoscrizione e consente l'invio telematico della dichiarazione (cfr. artt. 23 e 38 DPR 445/2000).

COBAR S.p.A.

Sede Leg.: Via Selva, 101

Sede Oper.: Via Monte Pollino 3

Impresa di Costruzioni e Manutenzione

C.F. e P.IVA 06605700720

All' AGENZIA REGIONALE POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO (ARPA) - REGIONE PUGLIA

Ufficio Inserimento Mirato Disabili - Ambito provinciale di

- ☒ BARI
☐ BRINDISI
☐ BAT
☐ FOGGIA
☐ LECCE
☐ TARANTO

Scheda di rischio lavorativo

La ditta COBAR SPA con sede legale in ACTATURA
 (prov. BA) Via SELVA 101
 Tel. 0803117764 Fax _____ e-mail INFO@COBARSPA.IT
 PEC _____ C.F./P.IVA 06605700720
 e sede operativa nella Provincia di BARI in via MONTE POLLINO n° 3
 CAP 70022 Comune ACTATURA tel. 0803103067
 esercente l'attività di CONSTRUZIONI EDILI IN GENERALE
 Descrizione sintetica delle mansioni svolte dalla persona ~~disabile~~ CATEGORIA PROTETTA
INTEGATO TECNICO DI CANTIERE

RISCHI LAVORATIVI CONNESSI ALLA SPECIFICA MANSIONE

RISCHIO	SPECIFICARE		DESCRIZIONE
	SI	NO	
Movimentazione manuale dei carichi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____
Esposizione ad intemperie alte o basse temperature	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____
Rumore (specificare il Lep. d)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____
Utilizzo di videoterminali	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>COMPUTER</u>
Utilizzo di strumenti vibranti	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____
Radiazioni ionizzanti	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____
Esposizioni a polveri	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sostanze chimiche utilizzate	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____
Rischio biologico	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____

Rischio da carichi pendenti, macchine
semoventi, di precipitazione

☐

Macchine utensili

☐

Attrezzature utensili

☐

Altri rischi non elencati

☐

Per i rischi connessi alla specifica mansione
lavorativa il lavoratore è soggetto a
sorveglianza sanitaria?
(visite mediche preventive e periodiche
da parte del medico competente)

☐

Data

22/09/2023

TIMBRO E FIRMA DEL DATORE DI LAVORO¹

Sede Leg.: Via Selva, 101

01029 (Viterbo) Via Monte Pollino 3

06605700720

¹ La firma in calce alla dichiarazione deve essere apposta in presenza del dipendente addetto. In alternativa, qualora la presente dichiarazione non fosse firmata alla presenza del dipendente dovrà pervenire all'ufficio competente unitamente a copia di un documento di identità del sottoscrittore. L'apposizione della firma digitale al documento informatico equivale a sottoscrizione e consente l'invio telematico della dichiarazione (cfr. artt. 23 e 38 DPR 445/2000)

Da "collocamentomirato.bari@pec.rupar.puglia.it" <collocamentomirato.bari@pec.rupar.puglia.it>
A "info@cobarspa.it" <info@cobarspa.it>
Cc "marilena.quattromini" <marilena.quattromini@pec.it>, "ido.collocamentomirato.bari" <ido.collocamentomirato.bari@arpal.regione.puglia.it>
Data lunedì 6 novembre 2023 - 11:26

Invio cv idoneo ex lege L.68/99 art. 18-IMPIEGATO TECNICO DI CANTIERE per azienda COBAR S.P.A.

Spett.le COBAR S.p.a.,

la presente per comunicarvi l'esito della selezione relativa alla ricerca per la figura professionale di **IMPIEGATO TECNICO DI CANTIERE (art. 18 L.68/99)** pubblicata tramite il portale regionale "Lavoro Per Te", riferimento offerta n. 10255/2023.

Hanno inoltrato la candidatura solo n. 2 utenti di cui 1 appartenente alle altre categorie protette ex art. 18 L.68/99.

Inoltriamo cv allegato alla presente, precisando che, l'utente ha avuto diverse esperienze lavorative ma da una lettura del cv non risulta l'esperienza specifica come impiegato tecnico di cantiere.

Pertanto, ai fini del rilascio dell'ottemperanza, considerando obbligatorietà dell'assunzione ai sensi della L.68/99, tenuto conto della difficoltà nel reperire utenti art. 18 e valutata specificità della figura professionale da Voi richiesta, vi invitiamo a contattare l'utente e di valutare attentamente in sede di colloquio anche altre figure professionali in linea con il suo profilo.

Inoltre, vi chiediamo gentilmente di comunicare l'esito del processo valutativo/selettivo, sia esso positivo, con la richiesta di nulla osta nominativo per l'assunzione dei lavoratori idonei, sia esso negativo.

In quest'ultimo caso, Codesta azienda è invitata a indicare per iscritto e dettagliatamente, per entrambi i candidati le motivazioni che hanno portato alla valutazione contraria all'idoneità per la mansione da ricoprire.

Cordiali saluti.

Dott.ssa Gaia Triggiani
Collocamento Mirato Bari
U.O. COORDINAMENTO SERVIZI PER L'IMPIEGO AMBITO DI BARI
Indirizzo: via Gaetano Postiglione 50
Tel.: 0805408334
email: collocamentomirato.bari@regione.puglia.it
PEC: collocamentomirato.bari@pec.rupar.puglia.it

Agenzia Regionale per le Politiche Attive del Lavoro - ARPAL Puglia
Sede legale: Viale Luigi Corigliano, 1 - 70132 Bari
Sede operativa: Via delle Magnolie, 6 - 70026 Modugno arpal.regione.puglia.it

Allegato(i)

CV_MARCO DI LEGGE.pdf (20 KB)



Spett.le

Collocamento Mirato

Bari

Oggetto: vs. cv idoneo L. 68/99 art. 18

Facendo seguito all'invio da parte vostra del curriculum del sig. Di Legge Marco, quale iscritto alla categoria ORFANI/VEDOVI, la presente per informarvi di aver effettuato colloquio con lo stesso.

Il processo valutativo ha avuto esito positivo, la Scrivente ritiene che il candidato, anche sulla base delle sue recenti esperienze lavorative, sia idoneo alla mansione di manovale edile, si richiede pertanto il relativo nulla osta, alla sua assunzione con contratto a tempo indeterminato livello 1, CCNL Edilizia Confapi, mansione manovale edile.

Si fa presente, tuttavia, che lo stesso, per motivi personali non è immediatamente disponibile, ha richiesto di procrastinare l'assunzione all'08/01/2024 (vedasi sua mail allegata).

Cordiali saluti.

Lì, 16/11/2023

Si allega:

- Richiesta nulla osta assunzione;
- Mail del sig. Di Legge Marco;
- Certificato di iscrizione ORFANI/VEDOVE
- Copia carta d'identità Barozzi Vito Matteo

A handwritten signature in black ink is written over the same rectangular stamp as in the top left. The stamp contains the text: CODAR S.p.A., Sede Leg.: Via Selva, 10; Sede Oper.: Via Monte Polino, 3; 70022 ALTAMURA (BA); C.F. e P.IVA 08803760720.

CODAR ALLA LEGGE 68/99.

Sede Leg.: Via Selva, 101

Sede Cov.: Via Monte Pollino 3

Rimbro/Carta intestata azienda

70022 ALTAMURA (BA)

C.F. e P.IVA 06605700720

All' AGENZIA REGIONALE POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO
(ARPAL) - REGIONE PUGLIA

Ufficio Inserimento Mirato Disabili - Ambito provinciale di

- ☒ BARI
☐ BRINDISI
☐ BAT
☐ FOGGIA
☐ LECCE
☐ TARANTO

Richiesta di nulla osta per l'assunzione nominativa di personale disabile o categorie protette di cui alla L. 68/99.

Il/la sottoscritto/a BAROZZI VITO MATTEO in nome e
 per conto dell'Azienda COBAR S.P.A. esercente
 l'attività di EDILIZIA con sede Legale a ALTAMURA
 (prov. BA) in Via SELVA n. 101 C.A.P. 70022 tel.
 E-mail PEC* COBAR@PEC.COBARSPA.IT
 partita IVA e/o codice fiscale 06605700720

CHIEDE il rilascio del nulla - osta per:

- ☒ l'assunzione nominativa ai sensi dell'art. 7, comma 1, della Legge 68/99; dall' 08/01/2024
☐ l'assunzione nominativa in forza alla Convenzione stipulata in data _____ prot. n. _____
 _____ ai sensi dell'art. 11, commi 1, 2 e 3 della Legge 68/99;
☐ il computo del lavoratore somministrato (minimo 12 mesi) tramite l'agenzia di
 somministrazione _____ con sede in _____
 cap _____ indirizzo _____

del/la Sig./Sig.ra DI LEGGE MARCO nato/a il 31/
01 / 1968 a ROMA (prov. RM) e residente a
CORATO (prov. BA) in Via TARTAGLIA n. 2/A
 Codice Fiscale DLGPRC68A31HS17 titolo di studio BILORIA LIC. LING. con la
 qualifica di MANOVALE EDILE e
 con le specifiche mansioni di
MANOVALE EDILE

con utilizzo di macchine, utensili e altro (descrivere dettagliatamente):

CAZZUOLE, SECCHI, MARTELLIinquadrate nel livello 1° presso la sede di _____**Categoria di appartenenza**

- ☐ Invalido civile
☐ Invalido del lavoro
☐ Invalido per servizio
☐ Invalido civile di guerra
☒ Orfano/i e vedove/i per causa di guerra, servizio o lavoro e categorie equiparate (art.
 18, comma 2, L. 68) _____ (specificare)

Tipologia contrattuale

- ☒ a tempo indeterminato
☒ pieno ☐ parziale ☐ orizzontale n. ore settimanali _____ (sup. 50% orario settimanale)*
☐ verticale con articolazione su base _____
☐ misto
- ☐ a tempo determinato mesi _____ (superiore a 6 mesi)
☐ pieno ☐ parziale ☐ orizzontale n. ore settimanali _____ (sup. 50% orario settimanale)*
☐ verticale con articolazione su base _____
☐ misto
- ☐ contratto di somministrazione con durata della missione di almeno 12 mesi;
- ☐ tirocinio di inserimento lavorativo _____ mesi _____ (solo in caso di sottoscrizione della Convenzione ex art. 11, commi 1, 2 e 3 L. 68/99)

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il sottoscritto, ai fini del rilascio dell'atto di cui alla presente richiesta, premettendo che è a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, **DICHIARA** quanto segue a titolo sostitutivo delle relative certificazioni e/o a titolo sostitutivo dell'atto di notorietà (artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.):

Alla data odierna, escluso il lavoratore sopra indicato, questa/o Azienda/Ente occupa

n. 326 lavoratori (base computo a livello territoriale/provinciale); **BASE COMPUTO ART. 18**
n. 1 lavoratori disabili art. 1 L. 68/99 (a livello territoriale/provinciale); **BASE COMPUTO 16**
n. 1 lavoratori art. 18 L. 68/99 (a livello territoriale/provinciale);

Il sottoscritto dichiara inoltre che la richiesta di assunzione di cui sopra è determinata da:

- ☐ in attuazione del programma assunzione stabilito nella Convenzione ex art. 11 Legge 68/99 sottoscritta con la Regione Puglia e/o Arpal Puglia - Ambito territoriale di _____, in data _____ prot. _____;
- ☐ incremento di organico aziendale tale da determinare/modificare l'obbligo o da incidere sul computo della quota di riserva;
- ☐ cessazione di rapporto di lavoro di dipendente del Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____ C.F. _____ assunto/a ai sensi del collocamento obbligatorio;
- ☐ assunzione effettuata da azienda non soggetta agli obblighi occupazionali di cui alla Legge 12 marzo 1999, n. 68;
- ☒ altro (specificare) SCORRETTURA

Data 16.11.2023

TIMBRE E FIRMA DEL DATORE DI LAVORO


C.F. e P.IVA 05605710720

* Si informa che per il computo dei lavoratori disabili occupati part-time si considera l'orario prestato singolarmente da ciascun lavoratore e che lo stesso va rapportato al normale orario a tempo pieno, con arrotondamento ad unità qualora l'orario prestato sia superiore al 50 per cento dell'orario ordinario (cfr. Circolare MLPS n. 41/2000 e nota MLPS n. 77 del 01.11.2005). Solo per i datori di lavoro che occupano da 15 a 35 dipendenti, qualora assumano con contratto a tempo parziale un lavoratore disabile ora con l'invalidità superiore al 50 per cento, è possibile il computo come unità intera a prescindere dall'orario di lavoro svolto (cfr. art. 3, comma 5, D.P.R. n. 333/2000).

² La firma in calce alla dichiarazione deve essere apposta in presenza del dipendente addetto. In alternativa, qualora la presente dichiarazione non fosse firmata alla presenza del dipendente dovrà pervenire all'ufficio competente unitamente a copia di un documento di identità del sottoscrittore. L'apposizione della firma digitale al documento informatico equivale a sottoscrizione e consente l'invio telematico della dichiarazione (cfr. artt. 23 e 38 DPR 445/2000)

Tipologia contrattuale

- ☒ a tempo indeterminato
☒ pieno ☐ parziale ☐ orizzontale n. ore settimanali _____ (sup. 50% orario settimanale)*
☐ verticale con articolazione su base _____
☐ misto
- ☐ a tempo determinato mesi _____ (superiore a 6 mesi)
☐ pieno ☐ parziale ☐ orizzontale n. ore settimanali _____ (sup. 50% orario settimanale)*
☐ verticale con articolazione su base _____
☐ misto
- ☐ contratto di somministrazione con durata della missione di almeno 12 mesi;
☐ tirocinio di inserimento lavorativo _____ mesi _____ (solo in caso di sottoscrizione della Convenzione ex art. 11, commi 1, 2 e 3 L. 68/99)

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il sottoscritto, ai fini del rilascio dell'atto di cui alla presente richiesta, premettendo che è a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, **DICHIARA** quanto segue a titolo sostitutivo delle relative certificazioni e/o a titolo sostitutivo dell'atto di notorietà (artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.):

Alla data odierna, escluso il lavoratore sopra indicato, questa/o Azienda/Ente occupa

n. 326 lavoratori (base computo a livello territoriale/provinciale); **BASE COMPUTO ART. 18**
n. 1 lavoratori disabili art. 1 L. 68/99 (a livello territoriale/provinciale); **BASE COMPUTO 16**
n. 1 lavoratori art. 18 L. 68/99 (a livello territoriale/provinciale);

Il sottoscritto dichiara inoltre che la richiesta di assunzione di cui sopra è determinata da:

- ☐ in attuazione del programma assunzione stabilito nella Convenzione ex art. 11 Legge 68/99 sottoscritta con la Regione Puglia e/o Arpal Puglia - Ambito territoriale di _____, in data _____ prot. _____;
- ☐ incremento di organico aziendale tale da determinare/modificare l'obbligo o da incidere sul computo della quota di riserva;
- ☐ cessazione di rapporto di lavoro di dipendente del _Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____ C.F. _____ assunto/a ai sensi del collocamento obbligatorio;
- ☐ assunzione effettuata da azienda non soggetta agli obblighi occupazionali di cui alla Legge 12 marzo 1999, n. 68;

☒ altro (specificare) SCOPERTA

Data 16-11-2023

TIMBRE E FIRMA DEL DATORE DI LAVORO
Se non è possibile, Via _____
70022 MOTTOLA (FG)
C.F. e P.IVA 0505710720

* Si informa che per il computo dei lavoratori disabili occupati part-time si considera l'orario prestato singolarmente da ciascun lavoratore e che lo stesso va rapportato al normale orario a tempo pieno, con arrotondamento ad unità qualora l'orario prestato sia superiore al 50 per cento dell'orario ordinario (cfr. Circolare MLPS n. 41/2000 e nota MLPS n. 77 del 01.11.2005). Solo per i datori di lavoro che occupano da 15 a 35 dipendenti, qualora assumano con contratto a tempo parziale un lavoratore disabile ora con l'invalidità superiore al 50 per cento, è possibile il computo come unità intera a prescindere dall'orario di lavoro svolto (cfr. art. 3, comma 5, D.P.R. n. 333/2000).

² La firma in calce alla dichiarazione deve essere apposta in presenza del dipendente addetto. In alternativa, qualora la presente dichiarazione non fosse firmata alla presenza del dipendente dovrà pervenire all'ufficio competente unitamente a copia di un documento di identità del sottoscrittore. L'apposizione della firma digitale al documento informatico equivale a sottoscrizione e consente l'invio telematico della dichiarazione (cfr. artt. 23 e 38 DPR 445/2000)



CITAGAZZ044MN6<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<
5709180M3209181ITA<<<<<<<<<<<<<<2
BAROZZI<<VITO<MATTEO<<<<<<<<<<<<<

Marilena Quattromini

Da: rag. Giuseppe Tortorelli <gtortorelli@cobarspa.it>
Inviato: mercoledì 15 novembre 2023 12:19
A: Marilena Quattromini
Oggetto: I: Dichiarazione di disponibilità

Da: Marco Di Legge <dilegge85@gmail.com>
Inviato: mercoledì 15 novembre 2023 12:12
A: rag. Giuseppe Tortorelli <gtortorelli@cobarspa.it>
Oggetto: Dichiarazione di disponibilità

Spett.le Cobar S.p.A buongiorno da Marco Di Legge,
In riferimento all'offerta di lavoro riservata alle categorie protette art 18 orfani di invalidi per coprire la posizione di manovale di cantiere di primo livello contratto nazionale edilizia a tempo indeterminato comunico che ,per motivi personali,sarò disponibile ad iniziare l'attività lavorativa a partire dal giorno lunedì 8/01/2024.

Cordiali saluti

Marco Di Legge 3518080119

Attenzione: Mail proveniente da un indirizzo esterno all'organizzazione. Accertati che il mittente ed il contenuto siano attendibili prima di rispondere, cliccare link o aprire allegati. Per qualsiasi dubbio, contatta il reparto IT.

**REGIONE
LAZIO****AGENZIA REGIONALE SPAZIO LAVORO - AREA DECENTRATA CENTRI IMPIEGO LAZIO CENTRO****VISTA LA DOCUMENTAZIONE PRESENTATA**

Si certifica che il **Sig. / Sig.ra** DI LEGGE MARCO

Nato/a il 31/01/1968 a ROMA (RM)

e residente in VIALE GUIDO BACCELLI 46, CIVITAVECCHIA (RM)

Codice Fiscale : DLGMRC68A31H501Y

CPI di appartenenza : CPI ROMA TORRE ANGELA

E' iscritto/a alla categoria **ORFANI/VEDOVE DEL SERVIZIO** aspiranti al Collocamento Obbligatorio L.68/99, con decorrenza dalla data 04/05/2020.

Il presente certificato viene rilasciato per gli usi consentiti dalla Legge.

Il presente certificato non può essere prodotto agli organi della Pubblica Amministrazione o ai privati gestori di pubblici servizi (art. 15, c. 1, L. 183/2011)

Il Servizio Iscrizioni Collocamento Mirato

- La suddetta iscrizione viene effettuata con riserva di successivo accertamento da parte della scrivente amministrazione regionale in ordine a tutte le condizioni di iscrizione nonché delle competenti commissioni in merito alle possibilità di un proficuo collocamento mirato.
- La data di decorrenza dell'iscrizione potrebbe essere modificata, in ragione di una eventuale pregressa anzianità di disoccupazione, nel momento in cui il Sistema Informativo Lavoro regionale sarà nuovamente operativo.
- Ai sensi dell'art. 40, comma 02 del D.P.R. 445/ 2000 s.m.i., il presente certificato non può essere prodotto agli organi della pubblica amministrazione italiana o ai privati gestori italiani di pubblici servizi fatte salve le speciali disposizioni contenute nelle leggi e nei regolamenti

Da "posta-certificata@pec.aruba.it" <posta-certificata@pec.aruba.it>

A "marilena.quattromini@pec.it" <marilena.quattromini@pec.it>

Data giovedì 16 novembre 2023 - 11:18

esito colloquio Di Legge Marco - art. 18 L. 68/99 COBAR S.P.A e richiesta nulla osta assunzione

Ricevuta di accettazione

Il giorno 16/11/2023 alle ore 11:18:15 (+0100) il messaggio

"esito colloquio Di Legge Marco - art. 18 L. 68/99 COBAR S.P.A e richiesta nulla osta assunzione" proveniente da

"marilena.quattromini@pec.it"

ed indirizzato a:

collocamentomirato.bari@pec.rupar.puglia.it ("posta certificata")

Il messaggio è stato accettato dal sistema ed inoltrato.

Identificativo messaggio: opec21010.20231116111815.17096.205.1.53@pec.aruba.it

Allegato(i)

daticert.xml (1 KB)

smime.p7s (8 KB)

Da "marilena.quattromini@pec.it" <marilena.quattromini@pec.it>
A "collocamentomirato" <collocamentomirato.bari@pec.rupar.puglia.it>
Data giovedì 16 novembre 2023 - 11:18

esito colloquio Di Legge Marco - art. 18 L. 68/99 COBAR S.P.A e richiesta nulla osta assunzione

SI ALLEGA QUANTO IN OGGETTO.
SI RESTA IN ATTESA DEL NULLA OSTA ASSUNZIONE.
CORDIALI SALUTI.

Allegato(i)

S30C-923111612550.pdf (262 KB)

COBAR S.p.A. - PEC

Da: posta-certificata@pec.aruba.it
Inviato: venerdì 29 dicembre 2023 17:36
A: cobar@pec.cobarspa.it
Oggetto: CONSEGNA: Relazione assolvimento degli obblighi di cui L.68/99.
Allegati: daticert.xml; postacert.eml (1,15 MB)
Firmato da: posta-certificata@pec.aruba.it

Ricevuta di avvenuta consegna

Il giorno 29/12/2023 alle ore 17:35:39 (+0100) il messaggio
"Relazione assolvimento degli obblighi di cui L.68/99." proveniente da "cobar@pec.cobarspa.it"
ed indirizzato a "fenealuil@pec.fenealuil.it"
è stato consegnato nella casella di destinazione.
Identificativo messaggio: opec228.20231229173527.08788.04.1.15@pec-email.com

COBAR S.p.A. - PEC

Da: posta-certificata@pec.aruba.it
Inviato: venerdì 29 dicembre 2023 17:36
A: cobar@pec.cobarspa.it
Oggetto: CONSEGNA: Relazione assolvimento degli obblighi di cui L.68/99.
Allegati: daticert.xml; postacert.eml (1,15 MB)
Firmato da: posta-certificata@pec.aruba.it

Ricevuta di avvenuta consegna

Il giorno 29/12/2023 alle ore 17:35:39 (+0100) il messaggio
"Relazione assolvimento degli obblighi di cui L.68/99." proveniente da "cobar@pec.cobarspa.it"
ed indirizzato a "fillea_nazionale@pec.it"
è stato consegnato nella casella di destinazione.
Identificativo messaggio: opec228.20231229173527.08788.04.1.15@pec-email.com

COBAR S.p.A. - PEC

Da: posta-certificata@pec.aruba.it
Inviato: venerdì 29 dicembre 2023 17:36
A: cobar@pec.cobarspa.it
Oggetto: CONSEGNA: Relazione assolvimento degli obblighi di cui L.68/99.
Allegati: daticert.xml; postacert.eml (1,15 MB)
Firmato da: posta-certificata@pec.aruba.it

Ricevuta di avvenuta consegna

Il giorno 29/12/2023 alle ore 17:35:39 (+0100) il messaggio
"Relazione assolvimento degli obblighi di cui L.68/99." proveniente da "cobar@pec.cobarspa.it"
ed indirizzato a "filca@pec.cisl.it"
è stato consegnato nella casella di destinazione.
Identificativo messaggio: opec228.20231229173527.08788.04.1.15@pec-email.com

COBAR S.p.A. - PEC

Da: posta-certificata@pec-email.com
Inviato: venerdì 29 dicembre 2023 17:35
A: cobar@pec.cobarspa.it
Oggetto: ACCETTAZIONE: Relazione assolvimento degli obblighi di cui L.68/99.
Allegati: daticert.xml
Firmato da: posta-certificata@pec-email.com

Ricevuta di accettazione

Il giorno 29/12/2023 alle ore 17:35:29 (+0100) il messaggio

"Relazione assolvimento degli obblighi di cui L.68/99." proveniente da "cobar@pec.cobarspa.it"
ed indirizzato a:

fenealuil@pec.fenealuil.it ("posta certificata")

filca@pec.cisl.it ("posta certificata")

fillea_nazionale@pec.it ("posta certificata")

è stato accettato dal sistema ed inoltrato.

Identificativo del messaggio: opec228.20231229173527.08788.04.1.15@pec-email.com