



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 Martino Barozzi*  
*[Signature]*

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](http://www.cobargroup.it)

## 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) (*)	-

## 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 101		
telefono 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	CAP sede di riferimento *	70022
comune sede di riferimento *(1)	A225 - ALTAMURA		
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	nome referente *	MARIA
cognome referente *	QUATTROMINI		

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 massofisioterapisti 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 \*  
N.lavoratori appartenenti alla categoria \*

0001 - Dirigenti

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

**Gradualita - 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



29/12/23, 10:55

[webmail.pec.it/layout/origin/html/printMsg.html?v\\_=4.2.94.20231218\\_0917&contid=&folder=SU5CT1guSW52aWF0YQ==&ms...](https://webmail.pec.it/layout/origin/html/printMsg.html?v_=4.2.94.20231218_0917&contid=&folder=SU5CT1guSW52aWF0YQ==&ms...)

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  
 Mod. 9.1\_RICHIESTA DI PERSONALE PER ASSUNZIONE NOMINATIVA APPARTENENTI ALLE LISTE DI CUI ALLA LEGGE 68/99 (ART. 1 E 18).  
 70022 ALTAI MURGIA (BA)  
 C.F. e P.IVA 06605700720  
 Timbro/Carta intestata azienda

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

Azienda:	COBAR S.p.A.		
C.F./P. IVA:	06605700720 Attività principale: LAVORI EDILI		
Sede legale/operativa:	VIA SELVA 101 ALTAI MURGIA (BA)		
Attività economica:	LAVORI EDILI		
Telefono/Fax	080 3117366	E-mail/PEC	INFO@COBAR.SPA.IT
Loc. Impiego:	ALTAI MURGIA		
Referente aziendale da contattare:	RAG. TORTORELLI GIUSEPPE		
Raggiungibile con mezzi pubblici: <input checked="" type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			
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)			
<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 si terrà conto di eventuale richiesta di esperienza pregressa</u>			
<b>INFORMAZIONI RELATIVE AL FABBISOGNO PROFESSIONALE RICHIESTO</b>			
Mansione individuata	INSEGNAIO TECNICO DI CANTIERE		
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</u> il più precisamente possibile attività e compiti correlati alla mansione richiesta)		ORGANIZZAZIONE FAESTRANZE IN CANTIERE; CONTABILITÀ 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, PRIMUS .....linguaggi di programmazione:.....
Competenze lingüistiche (specificare livello di conoscenza richiesto)	1. 2. 3.	<input type="checkbox"/> Indisp. <input type="checkbox"/> Prefer. liv. orale ..... liv. scritto ..... <input type="checkbox"/> Indisp. <input type="checkbox"/> Prefer. liv. orale ..... liv. scritto ..... <input type="checkbox"/> Indisp. <input 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) ..... No
Materiali Oggetto di lavorazione (specificare)		..... ..... .....
Lavoro con macchine		<input type="checkbox"/> Controllo della macchina <input 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 e 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. microsaldate, 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
<b>INFORMAZIONI RELATIVE ALL'AMBIENTE DI LAVORO</b>	
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 stabimento 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 checked="" 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 LAVORO<sup>1</sup>**  
 S.p.A. - Via Selvatico, 10  
 70013 ALTA MURGIA (BA)  
 C.F. e P.I.V. 06605700720

<sup>1</sup> 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).

Mod.10.1 SCHEDA DI RISCHIO LAVORATIVO  
**COBAR S.p.A.**  
 Sede Leg.: Via Selva, 101  
 Sede Oper.: Via Monte Pollino 3  
 Immatricolazione Agenzia di Bari  
 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

Scheda di rischio lavorativo

La ditta COBAR SPA con sede legale in ACTARURA  
 (prov. BA) Via SELVA 101  
 Tel. 080 3117764 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 ACTARURA tel. 080 3103067  
 esercente l'attività di COSTRUTZIONI EDILI IN GENERE  
 Descrizione sintetica delle mansioni svolte dalla persona IMPiegato tecnico di cantiere

**RISCHI LAVORATIVI CONNESSI ALLA SPECIFICA MANSIONE**

<u>RISCHIO</u>	<u>SPECIFICARE</u>		<u>DESCRIZIONE</u>
	<u>SI</u>	<u>NO</u>	
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?  
(viste mediche preventive e periodiche  
da parte del medico competente)



\_\_\_\_\_

Data 22/09/2023

**TIMBRO E FIRMA DEL DATORE DI LAVORO<sup>1</sup>**  
Sede leg.: Via Selva, 101  
Città Ufficio: Via Monte Pollino 3  
70021 VAIANO (BA)  
C.F. e P.IVA: 06605700720

<sup>1</sup> 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 professionale 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





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 STANIEO in nome e  
per conto dell'Azienda COBAR S.P.A. esercentel'attività di EDILIZIA con sede Legale a ALTIMURA  
(prov. BA) in Via SELVA n.10 (C.A.P. 70022 tel.0803117744 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 STANIEO nato/a il 31/01/1968 a ROTA (prov. BT) e residente a CORATO (prov. BA) in Via TARTAGLIA n. 2/A  
Codice Fiscale DLGPRC68A31HS01 titolo di studio PIRLOTA LIC-LING con la qualifica di PIANOVALE EPILE e con PIANOVALE EPICE le specifiche mansioni di

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

CAZZUOLE, SECCHI, PIATTELLIinquadro 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 RESPONSABILITÀ**

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.):

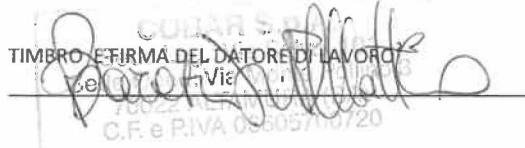
Alla data odierna, escluso il lavoratore sopra indicato, questa/o Azienda/Ente occupa

n. 386 lavoratori (base computo a livello territoriale/provinciale); BASE COMPUTATO ART. 18  
n. 1 lavoratori disabili art. 1 L. 68/99 (a livello territoriale/provinciale); BASE COMPUTATO 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) SCOLE & TUTA

Data 16.11.2023



\* 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).

<sup>2</sup> 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 RESPONSABILITÀ**

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) SCOPERTURA

Data 16-11-2023

*[Handwritten signature]*  
TIMBRO DI FIRMA DEL DATORE DI LAVORO  
Cognome: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_  
P.IVA: \_\_\_\_\_  
C.F. e P.IVA 0930571020

\* 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).

<sup>2</sup> 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)





CITAGA27044MN65709180M320918111A  
617956  
VITO MATTEO  
BAROZZI



## 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.





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

**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