

## Scheda Informativa 1

Partita IVA : 00512950049  
Codice Fiscale : 00512950049  
Telefono : 017352402  
Fax : 0173522900  
Email : LEQUIO.BERRIA@RETEUNITARIA.PIEMONTE.IT  
Via : ROMA  
Numero Civico : 20  
C.A.P. : 12050  
Città : LEQUIO BERRIA  
Provincia : CN  
Popolazione residen 507  
Superficie (kmq) : 11.88  
Codice Catastale : E540  
Indirizzo Web : [www.comune.lequioberria.cn.it](http://www.comune.lequioberria.cn.it)

### Responsabile del Procedimento Amministrativo di cui alla legge 7/8/90, N.241 Capo II

Cognome	Nome	Telefono	Fax	E-Mail
MAGORDA	AGATA	0173/52402	0173/522900	lequio.berria@reteunitaria.piemonte.it

### Tabelle da inviare

SI1A\_SCHEDA INFORMATIVA AGGIUNTIVA  
T1\_PERSONALE A TEMPO INDETERMINATO  
T4\_PASSAGGI DI RUOLO/POSIZIONE ECONOMICA/PROFILO  
T5\_PERSONALE CESSATO  
T6\_PERSONALE ASSUNTO  
T7\_DIPENDENTI PER ANZIANITA' DI SERVIZIO  
T8\_DIPENDENTI PER ETA'  
T9\_DIPENDENTI PER TITOLO DI STUDIO  
T11\_GIORNI DI ASSENZA

T12\_ONERI PER COMPETENZE STIPENDIALI  
T13\_ONERI PER INDENNITA' E COMPENSI ACCESSORI  
T14\_ALTRI ONERI CHE CONCORRONO A FORMARE IL COSTO DEL LAVORO  
T15\_FONDO PER LA CONTRATTAZIONE INTEGRATIVA  
SCHEDE INFORMATIVE 2

### **Riepilogo Domande Presenti Nella Circolare**

I modelli debbono essere sottoscritti dai revisori dei conti

Domande presenti in circolare :

L'Ente risulta struttu NO x

L'ente ha dichiarato NO x

E' stato approvato il bilancio stabilmente riequilibrato?

Indicare il numero di unità di personale utilizzato a qualsiasi titolo (comando o altro) nelle attività esternalizzate con esclusione delle unità effettivamente cessate a seguito di esternalizzazioni

Indicare il numero dei contratti di collaborazione coordinata e continuativa

Indicare il numero degli incarichi di studio/ricerca e di consulenza

Indicare il numero delle unità tra i 'presenti al 31.12' di Tab.1 che appartengono alle categorie protette (Legge n.68/99)

Suddividere le unità di personale a tempo indeterminato che al 31/12 appartiene alle categorie protette:

Categoria D

Categoria C

Categoria B

**Categoria A**

**Personale Contrattista**

**Indicare il totale delle somme trattenute ai dipendenti per le assenze per malattia in applicazione dell'art. 71 del D.L. n. 112 del 25/06/2008 convertito in L. 133/2008**

**Quante persone al 31/12/2008 erano in possesso dei requisiti per la stabilizzazione? (l.f. 2007 e 2008)**

**Quante delle persone che al 31/12/2008 erano in possesso dei requisiti, verranno stabilizzate nel 2009 in base alla programmazione triennale dei fabbisogni e dei limiti previsti dalla normativa vigente?**

**Quante delle persone che al 31/12/2008 erano in possesso dei requisiti, verranno stabilizzate nel corso del biennio 2010 - 2011?**

**Suggerimenti : NON SONO STATI ESTERNALIZZATI SERVIZI**

**Componenti Collegio dei Revisori (o Organo Equivalente)**

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Ente Rappresentato</b>
----------------	-------------	---------------------------

<b>STIRANO</b>	<b>ALESSANDRA</b>	
----------------	-------------------	--