

## Commissione Paritetica Cantonale della Posa dei Ponteggi

responsabile: S. Lupi  
e-mail: sonia.lupi@cpcedilizia.ch

Bellinzona, 8 maggio 2009

Ragione sociale ditta:

Indirizzo dove viene effettuato il controllo annuale (solo se diverso da indirizzo ditta)

N° tel.

e-mail: \_\_\_\_\_  
Responsabile \_\_\_\_\_

## RAPPORTO DI AUTOCERTIFICAZIONE ANNO 2009

### Personale occupato

numero di lavoratori dipendenti al momento della compilazione del formulario (vedi distinta della manodopera allegata)

lavoratore/lavoratori \_\_\_\_\_

numero di lavoratori occupati tramite le agenzie interinali negli ultimi 12 mesi (vedi distinta allegata)

lavoratore/lavoratori \_\_\_\_\_

### **ATTENZIONE !**

**Se la ditta non occupa dipendenti non è necessario compilare il resto del formulario a condizione che venga firmato e rispedito al segretariato**

### Salari e sistema salariale applicato

quale sistema salariale applicate per la calcolazione dei salari ?

salario orario

salario mensile

il salario è versato entro fine mese ?

Si  No

vi sono lavoratori con accordi salariali (vedi art. 13.6 CCL)?

Si  No

gli accordi salariali sono già ratificati dalla CPC ? (se no, trasmetterli per esame ed approvazione)

Si  No

### Orario di lavoro

garantite le 2190 ore annue ai vostri lavoratori ?

Si  No

rispettate la durata massima settimanale di 48 ore ?

Si  No

allestite le giornalieri ?

Si  No

avete lavorato (nel corso del 2009):

di sabato \_\_\_\_\_ volta/e

di domenica \_\_\_\_\_ volta/e

in un giorno festivo \_\_\_\_\_ volta/e

di notte \_\_\_\_\_ volta/e

**Indennità e prestazioni sociali**

- i contributi sociali (AVS, AD, IPG,...) sono regolarmente riversati? Si  No
- versate l'indennità per il vitto ai sensi dell'art. 15 CCL ? Si  No
- avete lavoratori che utilizzano un mezzo di trasporto di loro proprietà? Si  No
- se si, versate il relativo indennizzo ai sensi dell'art. 15.3 del CCL? Si  No
- in caso di pioggia, neve, colpo di fulmine, freddo intenso sospendete i lavori ? Si  No

**Assicurazione indennità giornaliera in caso di malattia**

istituto presso il quale siete assicurati (allegare copia del contratto d'assicurazione unicamente se non già inviato) \_\_\_\_\_

- condizioni contrattuali ? LAMal   
LCA   
LCA con condizioni LAMal
- copertura grado di copertura: \_\_\_\_\_ %  
a partire dal: \_\_\_\_\_ giorno
- premio globale: \_\_\_\_\_ %  
a carico del datore di lavoro: \_\_\_\_\_ %  
a carico del lavoratore: \_\_\_\_\_ %

Eventuali osservazioni: \_\_\_\_\_

**Previdenza professionale (LPP)**

istituto presso il quale siete assicurati: \_\_\_\_\_

- tutti i lavoratori sono assicurati alla LPP? Si  No
- l'ammontare dei salari assicurati per la LPP è conforme alle disposizioni contrattuali (formula= salario mensile x 13) Si  No

**Sicurezza sul lavoro**

- avete un concetto settoriale relativo alla sicurezza sul lavoro e alla protezione della salute per il vostro settore ? Si  No
- se si, indicare nome e cognome del responsabile \_\_\_\_\_
- i vostri ponteggi sono provvisti di telone o cartello con il nome della ditta (vedi art. 21.2 CCL) ? Si  No

Luogo e data: \_\_\_\_\_

Timbro e firma del titolare della ditta o del suo rappresentante legale: \_\_\_\_\_

Allegati al presente rapporto:

- distinta della manodopera alle dirette dipendenze dell'impresa
- distinta della manodopera occupata dall'impresa prestata dalle agenzie di collocamento
- copia contratto assicurazione indennità giornaliera in caso di malattia
- .....
- .....

Nota bene:

1. la firma del rappresentante legale impegna giuridicamente il firmatario e attesta la veridicità delle affermazioni sottoscritte;
2. la compilazione del presente formulario non rende esente la ditta dalla possibilità di un controllo della Sottocommissione Regionale. L'eventuale controllo verrà preventivamente annunciato da parte del segretariato della CPC;
3. il mancato invio del presente formulario entro il **30.06.2009**, comporterà l'intimazione di una sanzione da parte della CPC.