

Commissione Paritetica Cantonale delle Falegnamerie

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

Bellinzona, 11 giugno 2010

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 2010

Personale occupato

numero di lavoratori dipendenti al momento della compilazione del formulario (vedi distinta 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 il 5 del mese seguente ?

Si No

i lavoratori percepiscono "almeno" il salario base previsto dal CCL?

Si No

vi sono lavoratori con accordi salariali ?

Si No

se si, per quale/i lavoratore/i ?

...

Orario di lavoro

calendario di lavoro applicato:

- sezionale base senza recupero "ponti"
- sezionale base con recupero "ponti"
- aziendale
- nessun dipendente

se aziendale approvato dalla CPC ?

Si No

avete le giornaliere ?

Si No

avete lavorato (nel 2010):

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, SUVA,....) sono regolarmente riversati ?

Si No

il contributo professionale è regolarmente riversato ?

Si No

avete corrisposto il rimborso per il pranzo secondo quanto previsto dal CCL-CH (art. 29) ?

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 trasmesso)

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 previdenza professionale è conforme ? (formula = salario mensile x 13)

Si No

Specialista della sicurezza

avete uno specialista della sicurezza ?

Si

No

se si indicare nome, cognome e la data del certificato _____

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 **30.06.2010**, comporterà l'intimazione di una sanzione da parte della CPC.