

Commissione Paritetica Cantonale delle Falegnamerie

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

Bellinzona, 8 febbraio 2011

Ragione sociale ditta:

N° tel.

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

.....

e-mail:
Responsabile

RAPPORTO DI AUTOCERTIFICAZIONE ANNO 2011

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 !

Vi rendiamo attenti che titolari, soci, soci gerenti e amministratori unici di imprese con forma giuridica di SA o Sagl, impiegati attivamente quale manodopera sul cantiere e alle dipendenze della società ai sensi del CCL, sottostanno a tutte le disposizioni contrattuali in esso contenute. Per tale motivo il rapporto di autocertificazione dovrà essere, anche in questi casi, compilato in tutte le sue parti.

Nel caso in cui la vostra ditta non occupi nessun dipendente, il formulario dovrà essere ritornato al nostro segretariato, entro i termini stabiliti, con l'indicazione "nessun dipendente".

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 ?

Sì

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 **28.02.2011**, comporterà l'intimazione di una sanzione da parte della CPC.