

## Commissione Paritetica Cantonale delle Falegnamerie

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

Bellinzona, 8 aprile 2008

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 2008

### 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 calcoloazione 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

avete concesso l'adeguamento salariale BASE previsto per l'anno in  
corso a tutti i vostri lavoratori ?

Si  No

avete concesso l'adeguamento salariale INDIVIDUALE previsto per  
l'anno in corso?

Si  No

vi sono lavoratori con accordi salariali ?

Si  No

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

Si  No

**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:

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

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 **30.04.2008**, comporterà l'intimazione di una sanzione da parte della CPC.