

Commissione Paritetica Cantonale nel ramo delle vetrerie

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

Bellinzona, 23 gennaio 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 il 5 del mese seguente ?

Si No

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

Si No

vi sono lavoratori con accordi salariali ?

Si No

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

Si No

Orario di lavoro

calendario di lavoro applicato:

- sezionale base
 aziendale
 nessun dipendente

il calendario da voi proposto è stato approvato dalla CPC ?

Si No

allestite le giornalieri ?

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 avuto cantieri fuori zona ?

Si No

se si, avete corrisposto il rimborso del pranzo secondo quanto previsto dal CCL (art. 23) ?

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

Preposto alla sicurezza

avete il preposto alla 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 **28.02.2009**, comporterà l'intimazione di una sanzione da parte della CPC.