

**ANNO 2015**

**RISERVATO ALLA C.E.P.**  
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

**IL SOTTOSCRITTO LEGALE RAPPRESENTANTE** (Cognome e Nome)

**DELL'IMPRESA** (Ragione Sociale completa)

**INDIRIZZO DELLA SEDE AZIENDALE**

**CITTA'**

**PROV.**

**C.A.P.**

**TELEFONO**

**CODICE FISCALE**

**PARTITA I.V.A.**

**DICHIARA**

- 1) che l'Impresa edile sopra indicata è iscritta alla Cassa Edile Polesana in continuità operativa e con regolarità contributiva nel periodo di 24 mesi ricompreso tra **Ottobre 2012 e Settembre 2014**;
- 2) che nel medesimo periodo lo Sportello Unico Previdenziale non ha emesso **D.U.R.C. irregolari**;
- 3) che nel medesimo periodo il proprio organico aziendale era come di seguito mediamente composto:  
 da 1 a 10 operai con almeno il **60%** degli stessi in forza con contratto di lavoro a tempo indeterminato;  
 da 11 a 15 operai con almeno il **70%** degli stessi in forza con contratto di lavoro a tempo indeterminato;  
 oltre 15 operai con almeno il **80%** degli stessi in forza con contratto di lavoro a tempo indeterminato.
- 4) che almeno il **70%** dei propri operai in forza ha ricevuto il Premio **A.P.E. 2015**.

**AUTOCERTIFICA**

che tutte le attività formative delle proprie maestranze aziendali sono state svolte nel periodo **Ottobre 2013 / Settembre 2014** presso l'Ente **ASSISTEDIL**.

**CHIEDE**

il rimborso della contribuzione **ASSISTEDIL** versata nel periodo **Ottobre 2013 / Settembre 2014** nella percentuale definita per la seguente classe di premialità:

- classe "C" - bonus premiale del **15%** contributo E.S.E.R.;
- classe "B" - bonus premiale del **25%** contributo E.S.E.R.

**DATA**

**TIMBRO E FIRMA**

**ISTRUTTORIA CASSA EDILE POLESANA**

D.U.R.C. E REGOLARITA' CONTRIB.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	CONTENZIOSO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
24 mesi OPERATIVITA' AZIENDALE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	OPERAI IN FORZA	N° _____	% _____
CERTIFICAZIONE ASSISTEDIL	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	PREMIO A.P.E.	N° _____	% _____
DOMANDA ACCOLTA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	IMPORTO DA LIQUIDARE	€ _____	

Firma del Responsabile

Firma del Direttore