

ANNO 2016

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 2013 e Settembre 2015**;
- 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. 2016**.

AUTOCERTIFICA

che tutte le attività formative delle proprie maestranze aziendali sono state svolte nel periodo **Ottobre 2014 / Settembre 2015** presso l'Ente **ASSISTEDIL**.

CHIEDE

il rimborso della contribuzione **ASSISTEDIL** versata nel periodo **Ottobre 2014 / Settembre 2015** 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