Alla Spettabile
CASSA EDILE POLESANA
Viale Porta Po 87 - 45100 ROVIGO
Tel. 0425/475333 - Fax 0425/475313

PREMIALITA' DI SETTORE
DOMANDA DI RIMBORSO

ANNO 2017

MOD. P R S REV. 2

CASSA EDILE POLESANA

RISERVATO ALLA C.E.P.

IL SOTTOSCRITTO LEGALE RAPPRESENTANTE (Cognome e Nome)

DELL'IMPRESA (Ragione Sociale completa)

INDIRIZZO DELLA SEDE AZIENDALE

n°

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 2014 e Settembre 2016**;

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. 2017**.

AUTOCERTIFICA

che tutte le attività formative delle proprie maestranze aziendali sono state svolte nel periodo **Ottobre 2015 / Settembre 2016** presso l'Ente **ASSISTEDIL**.

CHIEDE

il rimborso della contribuzione **ASSISTEDIL** versata nel periodo **Ottobre 2015 / Settembre 2016** 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.	☐ SI	☐ NO	CONTENZIOSO	☐ SI	☐ NO
24 mesi OPERATIVITA' AZIENDALE	☐ SI	☐ NO	OPERAI IN FORZA	N° _____	% _____
CERTIFICAZIONE ASSISTEDIL	☐ SI	☐ NO	PREMIO A.P.E.	N° _____	% _____
DOMANDA ACCOLTA	☐ SI	☐ NO	IMPORTO DA LIQUIDARE	€ _____	

Firma del Responsabile _____ Firma del Direttore _____