

(nome e indirizzo della ditta)

Dichiarazione per i costi di applicazione 2019 Contratto collettivo di lavoro (CCL) per il ramo dei servizi di sicurezza privati

Giusta il decreto del Consiglio Federale del 13 febbraio 2017 ed in base all'art. 5 e 6 CCL per il ramo dei servizi di sicurezza privati sono dovuti i costi di applicazione. L'importo sarà dovuto entro il termine di 30 giorni dalla data di ricevimento della fattura. I contributi per l'applicazione sono da pagare a partire dal 1° gennaio dell'anno precedente, per il resto dell'anno.

La preghiamo di ritornarci la dichiarazione compilata e firmata entro il **10 di febbraio 2020** (per tutta l'azienda compresi succursali). **Si prega di indicare il numero di dipendenti per categoria anche se si impiegano meno di 10 persone.**

Numero totale di dipendenti

Data, quando il numero di dipendenti ha raggiunto 10 persone
(Senza indicazione calcoleremo con la data 01.01.2019.)

a) Categorie di assunzione A:

Numero dipendenti con salario mensile con orario di lavoro fisso pattuito contrattualmente	A	
Totale dei mesi lavorati dei dipendenti cat. A nel 2019	mesi	
Totale ore prestate dei dipendenti cat. A nel 2019	ore	

b) Categorie di assunzione B:

Numero dipendenti con salario mensile con orario di lavoro fisso pattuito contrattualmente	B	
Ore prestate cat. B nel 2019 (incl. supplemento vacanze)	ore	

c) Categorie di assunzione C:

Numero dipendenti con salario orario	C	
Ore prestate cat. C nel 2019 (incl. supplemento vacanze)	ore	

d) Numero altri dipendenti (il personale di gestione, amministrazione ecc.)

Nota: Sulla nostra homepage www.pako-sicherheit.ch viene pubblicata la nuova direttiva della CoPa Sicurezza per la commi-surazione dei costi di controllo e procedurali nonché dell'ammontare della multa convenzionale

luogo/data/firma: _____

Sono autorizzato/a di firmare il presente formulario a nome della summenzionata azienda. Con la mia firma autografa confermo di avere compilato il presente formulario in maniera completa e veritiera. Prendo atto del fatto che la dichiarazione intenzionalmente incompleta o non corrispondente al vero come anche il rifiuto di dichiarazione avrà delle conseguenze giuridiche. Approvo a nome della summenzionata azienda di dovere il contributo calcolato sopra e impegno l'azienda al versamento di questo contributo. **Con la mia firma autorizzo l'ufficio di sicurezza responsabile e la Cassa di compensazione AVS a comunicare alla CoPa Sicurezza il numero dei collaboratori / delle collaboratrici dell'azienda summenzionata.**