

**RIMBORSO DEI CONTRIBUTI
PER I COLLABORATORI
PER I COSTI DI APPLICAZIONE**



La ditta: _____

Indirizzo: _____

CAP / luogo: _____

Valevole per l'anno: _____

Il datore di lavoro conferma con la presente che:

Cognome: _____

Via e no.: _____

Nome: _____

CAP/Luogo: _____

Data di nascita: _____

N° AVS: _____

ha lavorato come dipendente nella sua ditta

dal: _____ al: _____ = mesi _____

Durante il periodo sopraindicato gli sono stati detratti dal salario i contributi per la CPNCL relativi ai costi d'applicazione del CCL.

CHF: _____	per un grado di occupazione del: _____
------------	--

Luogo e data: _____

Timbro della ditta e firma _____

Documento per il rimborso in contanti

(da compilare dall'associazione sindacale)

Sezione: _____

N° socio: _____

Il rimborso viene calcolato in base alla somma sopra indicata:

Rimborso massimo: _____	Pro rata: _____
-------------------------	-----------------

I rimborsi di contributi per i costi di applicazione e di formazione corrispondono allo 0.5% dell' importo salariale SUVA, comunque al massimo all'80 % del contributo associativo.

Il rimborso è stato:

Certificato esatto

☐ compensato con il contributo

☐ versato

☐ pagato in contanti

Luogo e data: _____

Firma d'un membro del sindacato:
(solo per pagamenti in contanti)