

NORMALE     INTEGRATIVO     CORRETTIVA

CODICE IMPRESA	RAGIONE SOCIALE IMPRESA	MESE/ANNO	PAGG.	DI PAGG.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**1**

COGNOME	NOME
<input type="text"/>	<input type="text"/>

CODICE OPERAIO C.E.	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA	CANT.	FUORI PROV.	ALTRA CASSA
<input type="text"/>					

DATA ASSUNZIONE	TIPO ASS.	CESSAZ.	TIPO CESS.	LIV.	MANS.	IMPONIBILE G.N.F.	IMPONIBILE CONTRIB.	IMPONIBILE TFR	ALTRI DATI
<input type="text"/>									

ORE ORDINARIE	O.MALATT.	O.INFORTUN.	O.CARENZA	O.FERIE	O.FEST.	O.C.I.G.	O.CONGEDI	O.ASS.GIUST.	O.PER.NON RET.
<input type="text"/>									

DATA INIZIO MAL/INF	FINE MAL/INF	TIPO	RIC.	ORE ASS. ING.	CONGUAGLIO/RIMBORSO	G.N.F.	G.N.F. MAL/INF	ALTRI DATI
<input type="text"/>								
DATA INIZIO MAL/INF	FINE MAL/INF	TIPO	RIC.	ORE ASS. ING.	CONGUAGLIO/RIMBORSO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>								

NOTE:	FONDO PREVIDENZA COMPLEMENTARE
<input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

**2**

COGNOME	NOME
<input type="text"/>	<input type="text"/>

CODICE OPERAIO C.E.	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA	CANT.	FUORI PROV.	ALTRA CASSA
<input type="text"/>					

DATA ASSUNZIONE	TIPO ASS.	CESSAZ.	TIPO CESS.	LIV.	MANS.	IMPONIBILE G.N.F.	IMPONIBILE CONTRIB.	IMPONIBILE TFR	ALTRI DATI
<input type="text"/>									

ORE ORDINARIE	O.MALATT.	O.INFORTUN.	O.CARENZA	O.FERIE	O.FEST.	O.C.I.G.	O.CONGEDI	O.ASS.GIUST.	O.PER.NON RET.
<input type="text"/>									

DATA INIZIO MAL/INF	FINE MAL/INF	TIPO	RIC.	ORE ASS. ING.	CONGUAGLIO/RIMBORSO	G.N.F.	G.N.F. MAL/INF	ALTRI DATI
<input type="text"/>								
DATA INIZIO MAL/INF	FINE MAL/INF	TIPO	RIC.	ORE ASS. ING.	CONGUAGLIO/RIMBORSO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>								

NOTE:	FONDO PREVIDENZA COMPLEMENTARE
<input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

**3**

COGNOME	NOME
<input type="text"/>	<input type="text"/>

CODICE OPERAIO C.E.	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA	CANT.	FUORI PROV.	ALTRA CASSA
<input type="text"/>					

DATA ASSUNZIONE	TIPO ASS.	CESSAZ.	TIPO CESS.	LIV.	MANS.	IMPONIBILE G.N.F.	IMPONIBILE CONTRIB.	IMPONIBILE TFR	ALTRI DATI
<input type="text"/>									

ORE ORDINARIE	O.MALATT.	O.INFORTUN.	O.CARENZA	O.FERIE	O.FEST.	O.C.I.G.	O.CONGEDI	O.ASS.GIUST.	O.PER.NON RET.
<input type="text"/>									

DATA INIZIO MAL/INF	FINE MAL/INF	TIPO	RIC.	ORE ASS. ING.	CONGUAGLIO/RIMBORSO	G.N.F.	G.N.F. MAL/INF	ALTRI DATI
<input type="text"/>								
DATA INIZIO MAL/INF	FINE MAL/INF	TIPO	RIC.	ORE ASS. ING.	CONGUAGLIO/RIMBORSO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>								

NOTE:	FONDO PREVIDENZA COMPLEMENTARE
<input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>