

CASSA EDILE
MUTUALITÀ

CARTELLA NUMERO

31120/01

CODICE PELLUCOLE

DENUNCIA MENS.

DATA EDIZIONE

14/12/2001

BLU 22 F

12

91120/01T



CASSA EDILE DELLA PROVINCIA DI ALESSANDRIA
C.so XX Settembre 37/a - 15100 Alessandria - Tel. 0131-232666 - Fax 0131-232690
E-mail: cassa.edileal@tin.it
ELENCO DEI LAVORATORI OCCUPATI
(da allegare alla denuncia)



CODICE IMPRESA	RAGIONE SOCIALE IMPRESA	MESE/ANNO	PAG.	DI PAGG.
----------------	-------------------------	-----------	------	----------

COGNOME	NOME
---------	------

CODICE OPERAIO C.E.	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA	CANT.	FUORI PROV.	ALTRA CASSA
---------------------	----------------	-----------------	-------	-------------	-------------

DATA ASSUNZIONE	TIPO ASS.	CESSAZ.	TIPO CESS.	LIV.	MANS.	IMPONIBILE G.N.F.	IMPONIBILE CONTRIB.	ALTRI DATI
-----------------	-----------	---------	------------	------	-------	-------------------	---------------------	------------

ORE ORDINARIE	O. MALATT.	O. INFORT.	O. CARENZA	O. FERIE	O. FEST.	O. C.I.G.	O. CONGEDI	O. ASS. GIUST.	O. PER. NON RETR.	ALTRI DATI
---------------	------------	------------	------------	----------	----------	-----------	------------	----------------	-------------------	------------

DATA INIZIO MAL/INF.	FINE MAL/INF.	TIPO	RIC.	ORE ASS. ING.	RIMBORSO	G.N.F.	G.N.F. MAL. INF.	ALTRI DATI
----------------------	---------------	------	------	---------------	----------	--------	------------------	------------

DATA INIZIO MAL/INF.	FINE MAL/INF.	TIPO	RIC.	ORE ASS. ING.	RIMBORSO	G.N.F.	G.N.F. MAL. INF.	ALTRI DATI
----------------------	---------------	------	------	---------------	----------	--------	------------------	------------

COGNOME	NOME
---------	------

CODICE OPERAIO C.E.	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA	CANT.	FUORI PROV.	ALTRA CASSA
---------------------	----------------	-----------------	-------	-------------	-------------

DATA ASSUNZIONE	TIPO ASS.	CESSAZ.	TIPO CESS.	LIV.	MANS.	IMPONIBILE G.N.F.	IMPONIBILE CONTRIB.	ALTRI DATI
-----------------	-----------	---------	------------	------	-------	-------------------	---------------------	------------

ORE ORDINARIE	O. MALATT.	O. INFORT.	O. CARENZA	O. FERIE	O. FEST.	O. C.I.G.	O. CONGEDI	O. ASS. GIUST.	O. PER. NON RETR.	ALTRI DATI
---------------	------------	------------	------------	----------	----------	-----------	------------	----------------	-------------------	------------

DATA INIZIO MAL/INF.	FINE MAL/INF.	TIPO	RIC.	ORE ASS. ING.	RIMBORSO	G.N.F.	G.N.F. MAL. INF.	ALTRI DATI
----------------------	---------------	------	------	---------------	----------	--------	------------------	------------

DATA INIZIO MAL/INF.	FINE MAL/INF.	TIPO	RIC.	ORE ASS. ING.	RIMBORSO	G.N.F.	G.N.F. MAL. INF.	ALTRI DATI
----------------------	---------------	------	------	---------------	----------	--------	------------------	------------

COGNOME	NOME
---------	------

CODICE OPERAIO C.E.	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA	CANT.	FUORI PROV.	ALTRA CASSA
---------------------	----------------	-----------------	-------	-------------	-------------

DATA ASSUNZIONE	TIPO ASS.	CESSAZ.	TIPO CESS.	LIV.	MANS.	IMPONIBILE G.N.F.	IMPONIBILE CONTRIB.	ALTRI DATI
-----------------	-----------	---------	------------	------	-------	-------------------	---------------------	------------

ORE ORDINARIE	O. MALATT.	O. INFORT.	O. CARENZA	O. FERIE	O. FEST.	O. C.I.G.	O. CONGEDI	O. ASS. GIUST.	O. PER. NON RETR.	ALTRI DATI
---------------	------------	------------	------------	----------	----------	-----------	------------	----------------	-------------------	------------

DATA INIZIO MAL/INF.	FINE MAL/INF.	TIPO	RIC.	ORE ASS. ING.	RIMBORSO	G.N.F.	G.N.F. MAL. INF.	ALTRI DATI
----------------------	---------------	------	------	---------------	----------	--------	------------------	------------

DATA INIZIO MAL/INF.	FINE MAL/INF.	TIPO	RIC.	ORE ASS. ING.	RIMBORSO	G.N.F.	G.N.F. MAL. INF.	ALTRI DATI
----------------------	---------------	------	------	---------------	----------	--------	------------------	------------