

DENUNCIA DEI LAVORATORI OCCUPATI

CODICE IMPRESA		RAGIONE SOCIALE IMPRESA		MESE / ANNO		ALL. PAGG.
CODICE CONSULENTE		CODICE FISCALE IMPRESA				

CANTIERE	DENOMINAZIONE E/O LUOGO DEL CANTIERE	C.A.P. CANTIERE	SITUAZ.	GIORNO	RETRIB. IMPONIB.
			ATTIV.	TRASF.	SUBBAPP. INTERIN.
	INIZIO CANTIERE COMMITTENTE TIPO		SITUAZ.	GIORNO	RETRIB. IMPONIB.
			ATTIV.	TRASF.	SUBBAPP. INTERIN.
			SITUAZ.	GIORNO	RETRIB. IMPONIB.
			ATTIV.	TRASF.	SUBBAPP. INTERIN.
			SITUAZ.	GIORNO	RETRIB. IMPONIB.
			ATTIV.	TRASF.	SUBBAPP. INTERIN.
			SITUAZ.	GIORNO	RETRIB. IMPONIB.
			ATTIV.	TRASF.	SUBBAPP. INTERIN.
			SITUAZ.	GIORNO	RETRIB. IMPONIB.
			ATTIV.	TRASF.	SUBBAPP. INTERIN.
			SITUAZ.	GIORNO	RETRIB. IMPONIB.
			ATTIV.	TRASF.	SUBBAPP. INTERIN.
			SITUAZ.	GIORNO	RETRIB. IMPONIB.
			ATTIV.	TRASF.	SUBBAPP. INTERIN.

TOTALE IMPONIBILE GNF	TOTALE IMPONIBILE CONTRIBUTI	TOTALE IMPONIBILE TFR
-----------------------	------------------------------	-----------------------

RIEPILOGO ACCANTONAMENTO E CONTRIBUTI

		%	
1	ACCANTONAMENTO	14,20	
2	MALATTIA E INFORTUNI - ACCANT.		
3	TOT. N. 1 + TOT. N. 2	TOTALE	
4	CONTRIBUTI	9,26	
5	CONTR. PREV. COMPL.		
6			
7	CONTR. ASS. IMPRESE	0,50	
	CONTR. ASS. IMPRESE FUORI PROVINCIA	1,30	
8			
9	TOTALE DA VERSARE		
10			

**IMPORTI
IN EURO
INTERO**

RIEPILOGO ORE

ORDINARIE	
MALATTIA	
INFORTUNIO	
CARENZA	
FERIE	
FESTIVITA'	
CIG	
CONGEDI	
ASSENZE GIUSTIFICATE	
PERM. NON RETRIBUITI	
TOTALE ORE	
TOTALE LAV. IN DENUNCIA	

TIMBRO E FIRMA DELL'IMPRESA

La sottoscritta impresa sotto la propria responsabilita' civile e penale che i dati esposti sono conformi a verita' ed alle registrazioni effettuate sui libri paga e matricola.

La sottoscritta impresa conferma i propri dati anagrafici contenuti nel modulo di iscrizione alla Cassa Edile (in caso negativo occorre inviare la correzione dei dati).

(da allegare alla denuncia)

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

1

COGNOME	NOME

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

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

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.

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

2

COGNOME	NOME

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

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

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.

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

3

COGNOME	NOME

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

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

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.

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

N.B. MODULO DA NON ALLEGARE AL BONIFICO

Spett.le Istituto bancario

Agenzia _____

Città _____

La sottoscritta Impresa prega codesto istituto di accreditare il sottoindicato importo

a favore della Cassa Edile della provincia di **BENEVENTO** presso la Banca

Agenzia conto corrente n° codice CAB codice ABI CIN

mediante bonifico bancario da addebitare sul proprio conto corrente n° e relativo alla casuale:

"Codice Impresa mese anno "

IMPORTO DEL VERSAMENTO VALUTA FISSA

TIMBRO E FIRMA DELL'IMPRESA

N.B. MODULO DA NON ALLEGARE AL BONIFICO

Spett.le Istituto bancario

Agenzia _____

Città _____

La sottoscritta Impresa prega codesto istituto di accreditare il sottoindicato importo

a favore della Cassa Edile della provincia di **BENEVENTO** presso la Banca

Agenzia conto corrente n° codice CAB codice ABI CIN

mediante bonifico bancario da addebitare sul proprio conto corrente n° e relativo alla casuale:

"Codice Impresa mese anno "

IMPORTO DEL VERSAMENTO VALUTA FISSA

TIMBRO E FIRMA DELL'IMPRESA