



CASSA EDILE DELLA PROVINCIA DI BRESCIA
ELENCO DEI LAVORATORI OCCUPATI
 (da allegare alla denuncia)

(BS00)



MOD. 02

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. IMPONIBILE TFR PAGA ORARIA

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. ORE PERM. SIND.

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

LUOGO DI NASCITA (O NAZIONALITÀ SE STRANIERO)
 INDIRIZZO

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. IMPONIBILE TFR PAGA ORARIA

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. ORE PERM. SIND.

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

LUOGO DI NASCITA (O NAZIONALITÀ SE STRANIERO)
 INDIRIZZO

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. IMPONIBILE TFR PAGA ORARIA

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. ORE PERM. SIND.

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

LUOGO DI NASCITA (O NAZIONALITÀ SE STRANIERO)
 INDIRIZZO