

CASSA EDILE DELLA COOPERAZIONE DELLA PROVINCIA DI FORLI'-CESENA
ELENCO DEI LAVORATORI OCCUPATI
(da allegare alla denuncia)

CODICE COOPERATIVA	RAGIONE SOCIALE COOPERATIVA						MESE/ANNO	PAG.	DI PAG.		
COGNOME		NOME									
N.	<input type="text"/>		<input type="text"/>								
CODICE OPERAIO C.E.		CODICE FISCALE				DATA NASCITA		CANT.	FUORI PROV.	ALTRA CASSA	
<input type="text"/>		<input type="text"/>				<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
DATA ASSUNZIONE	TIPO ASS	CESSAZ.	TIPO CES	LIV.	MANS.	IMPONIBILE GN	IMPONIBILE CONTR.	IMP. TFR	ALTRI DATI		
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
O. LAVORATE	O. MALAT.	O. INFORT.	O. CARENZA	O. FERIE	O. FEST./O. PER	O. CIG	O. CONGEDI	O. ASS. GIUST.	O. PER. NON. RET.	PAGA ORARIA	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
DATA INIZIO MAL/INF.	FINE MAL/INF.	TIPO	RIC.	OREASS.ING	CONGUA/RIMBORSO	G.N.		G.N.MAL/INF			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
DATA INIZIO MAL/INF.	FINE MAL/INF.	TIPO	RIC.	OREASS.ING	CONGUA/RIMBORSO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

INDICARE LA RESIDENZA SE NUOVO LAVORATORE O LE VARIAZIONI DI INDIRIZZO

COGNOME	NOME									
N.	<input type="text"/>		<input type="text"/>				<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	
CODICE OPERAIO C.E.		CODICE FISCALE				DATA NASCITA		CANT.	FUORI PROV.	ALTRA CASSA
<input type="text"/>		<input type="text"/>				<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
DATA ASSUNZIONE	TIPO ASS	CESSAZ.	TIPO CES	LIV.	MANS.	IMPONIBILE GN	IMPONIBILE CONTR.	IMP. TFR	ALTRI DATI	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O. LAVORATE	O. MALAT.	O. INFORT.	O. CARENZA	O. FERIE	O. FEST./O. PER	O. CIG	O. CONGEDI	O. ASS. GIUST.	O. PER. NON. RET.	PAGA ORARIA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATA INIZIO MAL/INF.	FINE MAL/INF.	TIPO	RIC.	OREASS.ING	CONGUA/RIMBORSO	G.N.		G.N.MAL/INF		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
DATA INIZIO MAL/INF.	FINE MAL/INF.	TIPO	RIC.	OREASS.ING	CONGUA/RIMBORSO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

INDICARE LA RESIDENZA SE NUOVO LAVORATORE O LE VARIAZIONI DI INDIRIZZO

COGNOME	NOME									
N.	<input type="text"/>		<input type="text"/>				<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	
CODICE OPERAIO C.E.		CODICE FISCALE				DATA NASCITA		CANT.	FUORI PROV.	ALTRA CASSA
<input type="text"/>		<input type="text"/>				<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
DATA ASSUNZIONE	TIPO ASS	CESSAZ.	TIPO CES	LIV.	MANS.	IMPONIBILE GN	IMPONIBILE CONTR.	IMP. TFR	ALTRI DATI	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O. LAVORATE	O. MALAT.	O. INFORT.	O. CARENZA	O. FERIE	O. FEST./O. PER	O. CIG	O. CONGEDI	O. ASS. GIUST.	O. PER. NON. RET.	PAGA ORARIA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATA INIZIO MAL/INF.	FINE MAL/INF.	TIPO	RIC.	OREASS.ING	CONGUA/RIMBORSO	G.N.		G.N.MAL/INF		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
DATA INIZIO MAL/INF.	FINE MAL/INF.	TIPO	RIC.	OREASS.ING	CONGUA/RIMBORSO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

INDICARE LA RESIDENZA SE NUOVO LAVORATORE O LE VARIAZIONI DI INDIRIZZO