



1 CODICE IMPRESA	2 RAGIONE SOCIALE IMPRESA	3 MESE / ANNO	4 PAG.	4 DI PAGG.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5 COGNOME	6 NOME
<input type="text"/>	<input type="text"/>

7 CODICE OPERAIO C.E.	8 CODICE FISCALE	9 DATA DI NASCITA	10 CANT.	11 FUORI PROV.	12 ALTRA CASSA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

13 DATA ASSUNZIONE	14 TIPO ASS.	15 CESSAZ.	16 TIPO CESS.	17 LIV.	18 MANS.	19 IMPONIBILE G.N.F.	20 IMPONIBILE CONTRIB.	21 IMPONIBILE TFR	ALTRI DATI
<input type="text"/>	<input type="text"/>								

22 ORE ORDINARIE	23 O. MALATTIA	24 O. INFORTUNI	25 O. CARENZA	26 O. FERIE	27 O. FEST.	28 O. C.I.G.	29 O. CONGEDI	30 O. ASS. GIUST.	31 O. PERM. NON RET.
<input type="text"/>									

37 DATA INIZIO MAL/INF	38 FINE MAL/INF	39 TIPO	40 RIC.	41 ORE ASS. ING.	42 RIMBORSO	32 G.N.F.	33 G.N.F. MAL/INF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

37 DATA INIZIO MAL/INF	38 FINE MAL/INF	39 TIPO	40 RIC.	41 ORE ASS. ING.	42 RIMBORSO	34 QUOTA LAV.	35 QUOTA DITTA	36 QUOTA TFR
<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"/>

N.B. IN CASO DI MALATTIA VA ALLEGATO: Copia del 1° certificato e successivi - Copia della busta paga del mese di riferimento - Copia del foglio di presenza Mensile.

5 COGNOME	6 NOME
<input type="text"/>	<input type="text"/>

7 CODICE OPERAIO C.E.	8 CODICE FISCALE	9 DATA DI NASCITA	10 CANT.	11 FUORI PROV.	12 ALTRA CASSA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

13 DATA ASSUNZIONE	14 TIPO ASS.	15 CESSAZ.	16 TIPO CESS.	17 LIV.	18 MANS.	19 IMPONIBILE G.N.F.	20 IMPONIBILE CONTRIB.	21 IMPONIBILE TFR	ALTRI DATI
<input type="text"/>	<input type="text"/>								

22 ORE ORDINARIE	23 O. MALATTIA	24 O. INFORTUNI	25 O. CARENZA	26 O. FERIE	27 O. FEST.	28 O. C.I.G.	29 O. CONGEDI	30 O. ASS. GIUST.	31 O. PERM. NON RET.
<input type="text"/>									

37 DATA INIZIO MAL/INF	38 FINE MAL/INF	39 TIPO	40 RIC.	41 ORE ASS. ING.	42 RIMBORSO	32 G.N.F.	33 G.N.F. MAL/INF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

37 DATA INIZIO MAL/INF	38 FINE MAL/INF	39 TIPO	40 RIC.	41 ORE ASS. ING.	42 RIMBORSO	34 QUOTA LAV.	35 QUOTA DITTA	36 QUOTA TFR
<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"/>

N.B. IN CASO DI MALATTIA VA ALLEGATO: Copia del 1° certificato e successivi - Copia della busta paga del mese di riferimento - Copia del foglio di presenza Mensile.

5 COGNOME	6 NOME
<input type="text"/>	<input type="text"/>

7 CODICE OPERAIO C.E.	8 CODICE FISCALE	9 DATA DI NASCITA	10 CANT.	11 FUORI PROV.	12 ALTRA CASSA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

13 DATA ASSUNZIONE	14 TIPO ASS.	15 CESSAZ.	16 TIPO CESS.	17 LIV.	18 MANS.	19 IMPONIBILE G.N.F.	20 IMPONIBILE CONTRIB.	21 IMPONIBILE TFR	ALTRI DATI
<input type="text"/>	<input type="text"/>								

22 ORE ORDINARIE	23 O. MALATTIA	24 O. INFORTUNI	25 O. CARENZA	26 O. FERIE	27 O. FEST.	28 O. C.I.G.	29 O. CONGEDI	30 O. ASS. GIUST.	31 O. PERM. NON RET.
<input type="text"/>									

37 DATA INIZIO MAL/INF	38 FINE MAL/INF	39 TIPO	40 RIC.	41 ORE ASS. ING.	42 RIMBORSO	32 G.N.F.	33 G.N.F. MAL/INF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

37 DATA INIZIO MAL/INF	38 FINE MAL/INF	39 TIPO	40 RIC.	41 ORE ASS. ING.	42 RIMBORSO	34 QUOTA LAV.	35 QUOTA DITTA	36 QUOTA TFR
<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"/>

N.B. IN CASO DI MALATTIA VA ALLEGATO: Copia del 1° certificato e successivi - Copia della busta paga del mese di riferimento - Copia del foglio di presenza Mensile.