

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

NORMALE
 CORRETTIVO



CODICE IMPRESA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

RAGIONE SOCIALE IMPRESA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MESE / ANNO

--	--	--	--

PAG.

--	--	--	--

DI PAGG.

--	--	--	--

PROGR. COGNOME

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOME

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATA ASSUNZIONE TIPO ASS. CESSAZIONE TIPO CESS. LIVELLO MANS. IMPONIBILE G.N.F. IMPONIBILE CONTRIB. IMPONIBILE TFR ALTRI DATI

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ORE ORDINARIE ORE MALATTIA ORE INFORTUNI ORE CARENZA ORE FERIE ORE FEST. ORE C.I.G. ORE CONGEDI ORE ASS. GIUST. ORE PER.NON RETR. ALTRI DATI

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TOT. ORE GIUSTIFICATE DI CUI RETRIBUITE IMPON. ORARIO GNF INDIRIZZO DEL LAVORATORE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PROGR. COGNOME

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOME

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATA ASSUNZIONE TIPO ASS. CESSAZIONE TIPO CESS. LIVELLO MANS. IMPONIBILE G.N.F. IMPONIBILE CONTRIB. IMPONIBILE TFR ALTRI DATI

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ORE ORDINARIE ORE MALATTIA ORE INFORTUNI ORE CARENZA ORE FERIE ORE FEST. ORE C.I.G. ORE CONGEDI ORE ASS. GIUST. ORE PER.NON RETR. ALTRI DATI

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TOT. ORE GIUSTIFICATE DI CUI RETRIBUITE IMPON. ORARIO GNF INDIRIZZO DEL LAVORATORE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PROGR. COGNOME

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOME

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATA ASSUNZIONE TIPO ASS. CESSAZIONE TIPO CESS. LIVELLO MANS. IMPONIBILE G.N.F. IMPONIBILE CONTRIB. IMPONIBILE TFR ALTRI DATI

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ORE ORDINARIE ORE MALATTIA ORE INFORTUNI ORE CARENZA ORE FERIE ORE FEST. ORE C.I.G. ORE CONGEDI ORE ASS. GIUST. ORE PER.NON RETR. ALTRI DATI

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TOT. ORE GIUSTIFICATE DI CUI RETRIBUITE IMPON. ORARIO GNF INDIRIZZO DEL LAVORATORE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N.B.: I CAMPI ASTERISCATI NON VANNO COMPILATI