

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 CESS.	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.	ALTRI DATI	
---------------	-----------	-------------	-----------	---------	---------	----------	-----------	--------------	----------------	------------	--

DATA INIZIO MAL/INF		FINE MAL/INF		TIPO	RIC.	ORE ASS. ING.		RIMBORSO		G.N.F.		G.N.F. MAL/INF		ALTRI DATI	
DATA INIZIO MAL/INF		FINE MAL/INF		TIPO	RIC.	ORE ASS. ING.		RIMBORSO		PREVEDI Impresa		PREVEDI Lavoratore		PREVEDI Quota TFR	

COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA												PROVINCIA DI NASCITA		RISERVATO ALLA CASSA EDILE					
														DOCUMENTAZIONE X RIMBORSO MAL./INF. PRESENTATA		<input type="checkbox"/>		L'ADDETTO	

2

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		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.	ALTRI DATI	
---------------	-----------	-------------	-----------	---------	---------	----------	-----------	--------------	----------------	------------	--

DATA INIZIO MAL/INF		FINE MAL/INF		TIPO	RIC.	ORE ASS. ING.		RIMBORSO		G.N.F.		G.N.F. MAL/INF		ALTRI DATI	
DATA INIZIO MAL/INF		FINE MAL/INF		TIPO	RIC.	ORE ASS. ING.		RIMBORSO		PREVEDI Impresa		PREVEDI Lavoratore		PREVEDI Quota TFR	

COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA												PROVINCIA DI NASCITA		RISERVATO ALLA CASSA EDILE					
														DOCUMENTAZIONE X RIMBORSO MAL./INF. PRESENTATA		<input type="checkbox"/>		L'ADDETTO	

3

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		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.	ALTRI DATI	
---------------	-----------	-------------	-----------	---------	---------	----------	-----------	--------------	----------------	------------	--

DATA INIZIO MAL/INF		FINE MAL/INF		TIPO	RIC.	ORE ASS. ING.		RIMBORSO		G.N.F.		G.N.F. MAL/INF		ALTRI DATI	
DATA INIZIO MAL/INF		FINE MAL/INF		TIPO	RIC.	ORE ASS. ING.		RIMBORSO		PREVEDI Impresa		PREVEDI Lavoratore		PREVEDI Quota TFR	

COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA												PROVINCIA DI NASCITA		RISERVATO ALLA CASSA EDILE					
														DOCUMENTAZIONE X RIMBORSO MAL./INF. PRESENTATA		<input type="checkbox"/>		L'ADDETTO	

**** IN CASO DI LAVORATORI NUOVI ASSUNTI O DI VARIAZIONI ANAGRAFICHE ALLEGARE L'APPOSITO MODULO PREDISPOSTO DALLA CASSA.

**** IN CASO DI RICHIESTE DI RIMBORSO PER PERIODI INF./MAL. ALLEGARE BUSTA PAGA E CERTIFICATI MEDICI DEL LAVORATORE