



# CASSA EDILE DELLA PROVINCIA DI PALERMO

## ELENCO DEI LAVORATORI OCCUPATI



CODICE IMPRESA	RAZIONE SOCIALE IMPRESA	MESE/ANNO	PAG.	DI PAGG.
<input style="width: 100%;" type="text"/>				

**1**

COGNOME		NOME								
<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>								
CODICE OPERAIO	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA	CANT. *****	FUORI PROV. <input type="checkbox"/> ALTRA CASSA <input type="checkbox"/>						
<input style="width: 100%;" type="text"/>										
DATA ASSUNZIONE	TIPO ASS.	CESSAZ.	TIPO CESS.	LIV.	MANS.	IMPONIBILE G.N.F.	IMPONIBILE CONTRIB.	IMPONIBILE T.F.R.	ALTRI DATI ***** ***** *****	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
O. ORDINARIE	O. MALATT.	O. INFORTUN.	O. CARENZA	O. FERIE	O. FEST.	O. C.I.G.	O. CONGEDI	O. ASS. GIUST.		O. PER. NON RET.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>				
DATA INIZIO MAL/INF	FINE MAL/INF	TIPO	RI C.	ORE ASS. ING.	CONGUAGLIO/ RIMBORSO	G.N.F.	G.N.F. MAL/INF			
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
DATA INIZIO MAL/INF	FINE MAL/INF	TIPO	RI C.	ORE ASS. ING.	CONGUAGLIO/ RIMBORSO	CONTR. OPERAIO	FONDO PREVEDI CONTR. DITTA	QUOTA TFR		
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
DOMICILIO LAVORATORE		VIA/PIAZZA	<input style="width: 100%;" type="text"/>					CAP	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
		CITTA'	<input style="width: 100%;" type="text"/>					PROVINCIA	<input style="width: 100%;" type="text"/>	

**2**

COGNOME		NOME								
<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>								
CODICE OPERAIO	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA	CANT. *****	FUORI PROV. <input type="checkbox"/> ALTRA CASSA <input type="checkbox"/>						
<input style="width: 100%;" type="text"/>										
DATA ASSUNZIONE	TIPO ASS.	CESSAZ.	TIPO CESS.	LIV.	MANS.	IMPONIBILE G.N.F.	IMPONIBILE CONTRIB.	IMPONIBILE T.F.R.	ALTRI DATI ***** ***** *****	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
O. ORDINARIE	O. MALATT.	O. INFORTUN.	O. CARENZA	O. FERIE	O. FEST.	O. C.I.G.	O. CONGEDI	O. ASS. GIUST.		O. PER. NON RET.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>				
DATA INIZIO MAL/INF	FINE MAL/INF	TIPO	RI C.	ORE ASS. ING.	CONGUAGLIO/ RIMBORSO	G.N.F.	G.N.F. MAL/INF			
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
DATA INIZIO MAL/INF	FINE MAL/INF	TIPO	RI C.	ORE ASS. ING.	CONGUAGLIO/ RIMBORSO	CONTR. OPERAIO	FONDO PREVEDI CONTR. DITTA	QUOTA TFR		
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
DOMICILIO LAVORATORE		VIA/PIAZZA	<input style="width: 100%;" type="text"/>					CAP	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
		CITTA'	<input style="width: 100%;" type="text"/>					PROVINCIA	<input style="width: 100%;" type="text"/>	

**3**

COGNOME		NOME								
<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>								
CODICE OPERAIO	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA	CANT. *****	FUORI PROV. <input type="checkbox"/> ALTRA CASSA <input type="checkbox"/>						
<input style="width: 100%;" type="text"/>										
DATA ASSUNZIONE	TIPO ASS.	CESSAZ.	TIPO CESS.	LIV.	MANS.	IMPONIBILE G.N.F.	IMPONIBILE CONTRIB.	IMPONIBILE T.F.R.	ALTRI DATI ***** ***** *****	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
O. ORDINARIE	O. MALATT.	O. INFORTUN.	O. CARENZA	O. FERIE	O. FEST.	O. C.I.G.	O. CONGEDI	O. ASS. GIUST.		O. PER. NON RET.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>				
DATA INIZIO MAL/INF	FINE MAL/INF	TIPO	RI C.	ORE ASS. ING.	CONGUAGLIO/ RIMBORSO	G.N.F.	G.N.F. MAL/INF			
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
DATA INIZIO MAL/INF	FINE MAL/INF	TIPO	RI C.	ORE ASS. ING.	CONGUAGLIO/ RIMBORSO	CONTR. OPERAIO	FONDO PREVEDI CONTR. DITTA	QUOTA TFR		
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
DOMICILIO LAVORATORE		VIA/PIAZZA	<input style="width: 100%;" type="text"/>					CAP	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
		CITTA'	<input style="width: 100%;" type="text"/>					PROVINCIA	<input style="width: 100%;" type="text"/>	