



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



CODICE IMPRESA		RAGIONE SOCIALE IMPRESA				MESE/ANNO		PAG.	DI PAG.	
1										
COGNOME					NOME					
CODICE OPERAIO C.E.		CODICE FICALE				DATA NASCITA		CANT.	FUORI PROV.	ALTRA CASSA
DATA ASSUNZIONE		TIPO ASS	CESSAZ.	TIPO CESS.	LIV.	MANS.	IMPONIBILE G.N.	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	
DATA INIZIO MAL/INF		FINE MAL/INF	TIPO	RIC.	ORE ASS.ING.	CONGUAGLIO/RIMBORSO		G.N.	G.N. MAL/INF	
DATA INIZIO MAL/INF		FINE MAL/INF	TIPO	RIC.	ORE ASS.ING.	CONGUAGLIO/RIMBORSO		FONDO PREVIDENZA COMPLEMENTARE		

CODICE IMPRESA		RAGIONE SOCIALE IMPRESA				MESE/ANNO		PAG.	DI PAG.	
2										
COGNOME					NOME					
CODICE OPERAIO C.E.		CODICE FICALE				DATA NASCITA		CANT.	FUORI PROV.	ALTRA CASSA
DATA ASSUNZIONE		TIPO ASS	CESSAZ.	TIPO CESS.	LIV.	MANS.	IMPONIBILE G.N.	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	
DATA INIZIO MAL/INF		FINE MAL/INF	TIPO	RIC.	ORE ASS.ING.	CONGUAGLIO/RIMBORSO		G.N.	G.N. MAL/INF	
DATA INIZIO MAL/INF		FINE MAL/INF	TIPO	RIC.	ORE ASS.ING.	CONGUAGLIO/RIMBORSO		FONDO PREVIDENZA COMPLEMENTARE		

CODICE IMPRESA		RAGIONE SOCIALE IMPRESA				MESE/ANNO		PAG.	DI PAG.	
3										
COGNOME					NOME					
CODICE OPERAIO C.E.		CODICE FICALE				DATA NASCITA		CANT.	FUORI PROV.	ALTRA CASSA
DATA ASSUNZIONE		TIPO ASS	CESSAZ.	TIPO CESS.	LIV.	MANS.	IMPONIBILE G.N.	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	
DATA INIZIO MAL/INF		FINE MAL/INF	TIPO	RIC.	ORE ASS.ING.	CONGUAGLIO/RIMBORSO		G.N.	G.N. MAL/INF	
DATA INIZIO MAL/INF		FINE MAL/INF	TIPO	RIC.	ORE ASS.ING.	CONGUAGLIO/RIMBORSO		FONDO PREVIDENZA COMPLEMENTARE		