

CODICE IMPRESA				N.DEN. MESE		RAGIONE SOCIALE										MESE		ANNO	
----------------	--	--	--	-------------	--	-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	--	------	--

N. ORDINE		COGNOME										NOME									
-----------	--	---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

DATA ASSUNZIONE		TIPO ASS.	DATA CESSAZ.		TIPO CESS.	LIVELLO		MANSIONE		IMPONIBILE G.N.F.			B) SICUR.		C) SOVR. SAN.		F) FORM / INF.
-----------------	--	-----------	--------------	--	------------	---------	--	----------	--	-------------------	--	--	-----------	--	---------------	--	----------------

ORE ORDINARIE		ORE MALATTIA		O. INFORTUNIO		O. CARENZA		ORE FERIE		O. FEST.	ORE C.I.G.		ORE CONGEDI		ORE ASS. GIUS.		O. PER. NON RET.		TOTALE ORE	
---------------	--	--------------	--	---------------	--	------------	--	-----------	--	----------	------------	--	-------------	--	----------------	--	------------------	--	------------	--

DATA INIZIO MAL./INF.		FINE MAL./INF.		TIPO	RIC.	ORE ASS. ING.		RIMBORSO RICHIESTO			G.N.F.		G.N.F. MAL. / INF.			O. P. SIND.	
-----------------------	--	----------------	--	------	------	---------------	--	--------------------	--	--	--------	--	--------------------	--	--	-------------	--

DATA INIZIO MAL./INF.		FINE MAL./INF.		TIPO	RIC.	ORE ASS. ING.		RIMBORSO RICHIESTO			G.N.F.		G.N.F. MAL. / INF.			O. P. SIND.	
-----------------------	--	----------------	--	------	------	---------------	--	--------------------	--	--	--------	--	--------------------	--	--	-------------	--

ORE SETT.		O. PER. RET.		DETTAGLIO CAUSALI (VEDI TABELLA 9)					DOMICILIO:										LOCALITÀ:										C.A.P.:		
-----------	--	--------------	--	------------------------------------	--	--	--	--	------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------	--	--

N. ORDINE		COGNOME										NOME									
-----------	--	---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

DATA ASSUNZIONE		TIPO ASS.	DATA CESSAZ.		TIPO CESS.	LIVELLO		MANSIONE		IMPONIBILE G.N.F.			B) SICUR.		C) SOVR. SAN.		F) FORM / INF.
-----------------	--	-----------	--------------	--	------------	---------	--	----------	--	-------------------	--	--	-----------	--	---------------	--	----------------

ORE ORDINARIE		ORE MALATTIA		O. INFORTUNIO		O. CARENZA		ORE FERIE		O. FEST.	ORE C.I.G.		ORE CONGEDI		ORE ASS. GIUS.		O. PER. NON RET.		TOTALE ORE	
---------------	--	--------------	--	---------------	--	------------	--	-----------	--	----------	------------	--	-------------	--	----------------	--	------------------	--	------------	--

DATA INIZIO MAL./INF.		FINE MAL./INF.		TIPO	RIC.	ORE ASS. ING.		RIMBORSO RICHIESTO			G.N.F.		G.N.F. MAL. / INF.			O. P. SIND.	
-----------------------	--	----------------	--	------	------	---------------	--	--------------------	--	--	--------	--	--------------------	--	--	-------------	--

DATA INIZIO MAL./INF.		FINE MAL./INF.		TIPO	RIC.	ORE ASS. ING.		RIMBORSO RICHIESTO			G.N.F.		G.N.F. MAL. / INF.			O. P. SIND.	
-----------------------	--	----------------	--	------	------	---------------	--	--------------------	--	--	--------	--	--------------------	--	--	-------------	--

ORE SETT.		O. PER. RET.		DETTAGLIO CAUSALI (VEDI TABELLA 9)					DOMICILIO:										LOCALITÀ:										C.A.P.:		
-----------	--	--------------	--	------------------------------------	--	--	--	--	------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------	--	--

N. ORDINE		COGNOME										NOME									
-----------	--	---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

DATA ASSUNZIONE		TIPO ASS.	DATA CESSAZ.		TIPO CESS.	LIVELLO		MANSIONE		IMPONIBILE G.N.F.			B) SICUR.		C) SOVR. SAN.		F) FORM / INF.
-----------------	--	-----------	--------------	--	------------	---------	--	----------	--	-------------------	--	--	-----------	--	---------------	--	----------------

ORE ORDINARIE		ORE MALATTIA		O. INFORTUNIO		O. CARENZA		ORE FERIE		O. FEST.	ORE C.I.G.		ORE CONGEDI		ORE ASS. GIUS.		O. PER. NON RET.		TOTALE ORE	
---------------	--	--------------	--	---------------	--	------------	--	-----------	--	----------	------------	--	-------------	--	----------------	--	------------------	--	------------	--

DATA INIZIO MAL./INF.		FINE MAL./INF.		TIPO	RIC.	ORE ASS. ING.		RIMBORSO RICHIESTO			G.N.F.		G.N.F. MAL. / INF.			O. P. SIND.	
-----------------------	--	----------------	--	------	------	---------------	--	--------------------	--	--	--------	--	--------------------	--	--	-------------	--

DATA INIZIO MAL./INF.		FINE MAL./INF.		TIPO	RIC.	ORE ASS. ING.		RIMBORSO RICHIESTO			G.N.F.		G.N.F. MAL. / INF.			O. P. SIND.	
-----------------------	--	----------------	--	------	------	---------------	--	--------------------	--	--	--------	--	--------------------	--	--	-------------	--

ORE SETT.		O. PER. RET.		DETTAGLIO CAUSALI (VEDI TABELLA 9)					DOMICILIO:										LOCALITÀ:										C.A.P.:		
-----------	--	--------------	--	------------------------------------	--	--	--	--	------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------	--	--