

**CASSA EDILE DELLA PROVINCIA DI TERAMO
DENUNCIA DEI LAVORATORI OCCUPATI**

CODICE IMPRESA	RAGIONE SOCIALE IMPRESA		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
CODICE CONSULENTE	CODICE FISCALE IMPRESA	MESE / ANNO	ALL.PAG.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CANTIERE	DENOMINAZIONE E/O LUOGO DEL CANTIERE	C.A.P. CANTIERE	SITUAZ.	GIORNO	RETRIB. IMPONIB.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	INIZIO CANTIERE	COMMITTENTE	TIPO	ATTIV.	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

TOTALE IMPONIBILE GNF	TOT. IMPONIBILE CONTRIBUTI	TOTALE IMPONIBILE TFR	ORDINARIE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	0	<input type="text"/>

RIEPILOGO ACCANTONAMENTI E CONTRIBUTI

		%			
1	ACCANTONAMENTO	14,2%	<input type="text"/>	MALATTIA	0
2	ACCANTONAMENTO MALATTIA INF.		<input type="text"/>	INFORTUNIO	0
3	TOT. N.1. + TOT. N.2		<input type="text"/>	CARENZA	0
4	CONTRIBUTI CASSA EDILE	8,1%	<input type="text"/>	FERIE	0
5	PREVEDI	(Integrazione APE: 0)	0	FESTIVITA'	0
6	CONTRIB. ASS.VI IMPRESE SEDE SOCIALE PROV. TE	0,0%	0	CIG	0
	CONTR. ASSOCIATIVI IMPRESE FUORI PROVINCIA	0,0%	0	CONGEDI	0
7	CONTR. FORMAZ. PROFESS. (IMPRESE FORNITURA LAV. TEMP.	0,0%	0	ASSENZE GIUSTIFICATE	0
8	CONTR. SOSPENS. LAVORO (IMPRESE FORNITURA LAV. TEMP.	0,0%	0	PERM. RETRIBUITI	0
9	CONTRIB. CIG APPRENDISTI (Da gennaio 2009)		0	PERM. NON RETRIBUITI	<input type="text"/>
	FONDO SANITARIO NAZIONALE, OCCUPAZIONE E RECUPERI		<input type="text"/>	TOTALE ORE	<input type="text"/>
10	TOTALE DA VERSARE	IMPORTI IN EURO	<input type="text"/>	TOTALE LAV. IN DENUNCIA	<input type="text"/>
			<input type="text"/>	TOTALE RIMBORSO RICHiesto	0

La sottoscritta impresa dichiara che i dati esposti nella presente denuncia sono conformi alle registrazioni dei libri paga e matricola. Dichiara, inoltre, di applicare il vigente "Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro per gli operai dipendenti delle imprese edili e affini" e si impegna ad osservarlo integralmente, unitamente agli accordi integrativi del contratto stesso ed allo Statuto e Regolamento della Cassa Edile della Provincia di Teramo. Dichiara, infine, di aver trattenuto agli operai dipendenti gli importi di GNF e la quota contributiva a carico degli stessi. La sottoscritta impresa consente fin da ora alla Cassa Edile di esibire la presente dichiarazione a chiunque ne abbia diretto interesse per gli usi consentiti dalla Legge.

**CASSA EDILE DELLA PROVINCIA DI TERAMO
ELENCO DEI LAVORATORI OCCUPATI**



MOD. 2

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

COGNOME	NOME
1 <input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>

CODICE OPERAIO C.E.	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA	FUOPRI PROV.	ALTRA CASSA
<input style="width:100%;" type="text"/>				

DATA ASSUNZIONE	TIPO ASS.	TIPO OCC.	TIPO RAPP.	GIORNO TIPO CESS.	LIVELLO	MANS.	IMPONIBILE G.N.F.	IMPONIBILE CONTRIB.	IMPONIBILE TFR	ALTRI DATI
<input style="width:100%;" type="text"/>										
<input style="width:100%;" type="text"/>										

ORE ORDINARIE	O. MALATT.	O. INFORTUNI	O. CARENZA	ORE FERIE	ORE FEST.	ORE CIG	O. CONGEDI	O. ASS. GIUST.	O. PERM. NON RETR.	O. PER. RETR.
<input style="width:100%;" type="text"/>										

CANTIERE: 001	ORE ORD.	ORE FEST.	IMP. GNF	IMP. CONTR.	ACC. GNF.
<input style="width:100%;" type="text"/>					

DATA INIZ. MAL/INF	FINE MAL/INF	TIPO	RIC.	ORE ASS. ING.	CONGUAGLIO/RIMBORSO	ACC. GNF	ACC. GNF MAL/INF	CONTR. CIG APPR.
<input style="width:100%;" type="text"/>								

CONTR. IMPRESA	PREVIDENZA CONTR. LAVOR.	COMPLEMENTARE QUOTA TFR	CONTRATT.
<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>

INDIRIZZO	PROVINCIA	CAP	COMUNE	Fondo - data sottoisc. - scelta - modalita	Totale prevedi pregresso
VIA				---	0,00
Integrazione APE: 0					FONDO SANIT.

COGNOME	NOME
2 <input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>

CODICE OPERAIO C.E.	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA	FUOPRI PROV.	ALTRA CASSA
<input style="width:100%;" type="text"/>				

DATA ASSUNZIONE	TIPO ASS.	TIPO OCC.	TIPO RAPP.	GIORNO TIPO CESS.	LIVELLO	MANS.	IMPONIBILE G.N.F.	IMPONIBILE CONTRIB.	IMPONIBILE TFR	ALTRI DATI
<input style="width:100%;" type="text"/>										
<input style="width:100%;" type="text"/>										

ORE ORDINARIE	O. MALATT.	O. INFORTUNI	O. CARENZA	ORE FERIE	ORE FEST.	ORE CIG	O. CONGEDI	O. ASS. GIUST.	O. PERM. NON RETR.	O. PER. RETR.
<input style="width:100%;" type="text"/>										

CANTIERE: 001	ORE ORD.	ORE FEST.	IMP. GNF	IMP. CONTR.	ACC. GNF.
<input style="width:100%;" type="text"/>					

DATA INIZ. MAL/INF	FINE MAL/INF	TIPO	RIC.	ORE ASS. ING.	CONGUAGLIO/RIMBORSO	ACC. GNF	ACC. GNF MAL/INF	CONTR. CIG APPR.
<input style="width:100%;" type="text"/>								

CONTR. IMPRESA	PREVIDENZA CONTR. LAVOR.	COMPLEMENTARE QUOTA TFR	CONTRATT.
<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>

INDIRIZZO	PROVINCIA	CAP	COMUNE	Fondo - data sottoisc. - scelta - modalita	Totale prevedi pregresso
				---	0,00
Integrazione APE: 0					FONDO SANIT.

COGNOME	NOME
3 <input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>

CODICE OPERAIO C.E.	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA	FUOPRI PROV.	ALTRA CASSA
<input style="width:100%;" type="text"/>				

DATA ASSUNZIONE	TIPO ASS.	TIPO OCC.	TIPO RAPP.	GIORNO TIPO CESS.	LIVELLO	MANS.	IMPONIBILE G.N.F.	IMPONIBILE CONTRIB.	IMPONIBILE TFR	ALTRI DATI
<input style="width:100%;" type="text"/>										
<input style="width:100%;" type="text"/>										

ORE ORDINARIE	O. MALATT.	O. INFORTUNI	O. CARENZA	ORE FERIE	ORE FEST.	ORE CIG	O. CONGEDI	O. ASS. GIUST.	O. PERM. NON RETR.	O. PER. RETR.
<input style="width:100%;" type="text"/>										

CANTIERE:	ORE ORD.	ORE FEST.	IMP. GNF	IMP. CONTR.	ACC. GNF.
<input style="width:100%;" type="text"/>					

DATA INIZ. MAL/INF	FINE MAL/INF	TIPO	RIC.	ORE ASS. ING.	CONGUAGLIO/RIMBORSO	ACC. GNF	ACC. GNF MAL/INF	CONTR. CIG APPR.
<input style="width:100%;" type="text"/>								

CONTR. IMPRESA	PREVIDENZA CONTR. LAVOR.	COMPLEMENTARE QUOTA TFR	CONTRATT.
<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>

INDIRIZZO	PROVINCIA	CAP	COMUNE	Fondo - data sottoisc. - scelta - modalita	Totale prevedi pregresso
				---	0,00
					FONDO SANIT.

Protocollo MUT: 2019/002947 Del 08/07/2019 15:55:44