



CASSA EDILE DELLA PROVINCIA DI MESSINA

ELENCO DEI LAVORATORI OCCUPATI

(da allegare alla denuncia)

NORMALE
CORRETTIVO



CODICE IMPRESA

RAGIONE SOCIALE IMPRESA

MESE/ANNO

PAG.

DI PAGG.

PROGR. COGNOME NOME

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

DATA ASSUNZIONE TIPO ASS. CESSAZIONE TIPO CESS. LIVELLO MANS. IMPONIBILE G.N.F. IMPONIBILE CONTR. IMPONIBILE TFR ALTRI DATI

ORE ORDINARIE ORE MALATTIA ORE INFORT. O.CARENZA ORE FERIE ORE FEST. ORE C.I.G. ORE CONGEDI ORE ASS. GIUST. ORE PER. NON RETR.

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

DATA INIZIO MAL/INF FINE MAL/INF TIPO RIC. ORE ASS. ING. RIMBORSO RICHIESTO CONTR. A CARICO DITTA CONTR. A CARICO LAV. QUOTA T.F.R.

PREVIDENZA INTEGRATIVA

TOT. ORE GIUSTIFICATE DI CUI RETRIBUITE IMPON. ORARIO GNF INDIRIZZO DEL LAVORATORE

PROGR. COGNOME NOME

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

DATA ASSUNZIONE TIPO ASS. CESSAZIONE TIPO CESS. LIVELLO MANS. IMPONIBILE G.N.F. IMPONIBILE CONTR. IMPONIBILE TFR ALTRI DATI

ORE ORDINARIE ORE MALATTIA ORE INFORT. O.CARENZA ORE FERIE ORE FEST. ORE C.I.G. ORE CONGEDI ORE ASS. GIUST. ORE PER. NON RETR.

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

DATA INIZIO MAL/INF FINE MAL/INF TIPO RIC. ORE ASS. ING. RIMBORSO RICHIESTO CONTR. A CARICO DITTA CONTR. A CARICO LAV. QUOTA T.F.R.

PREVIDENZA INTEGRATIVA

TOT. ORE GIUSTIFICATE DI CUI RETRIBUITE IMPON. ORARIO GNF INDIRIZZO DEL LAVORATORE

PROGR. COGNOME NOME

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

DATA ASSUNZIONE TIPO ASS. CESSAZIONE TIPO CESS. LIVELLO MANS. IMPONIBILE G.N.F. IMPONIBILE CONTR. IMPONIBILE TFR ALTRI DATI

ORE ORDINARIE ORE MALATTIA ORE INFORT. O.CARENZA ORE FERIE ORE FEST. ORE C.I.G. ORE CONGEDI ORE ASS. GIUST. ORE PER. NON RETR.

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

DATA INIZIO MAL/INF FINE MAL/INF TIPO RIC. ORE ASS. ING. RIMBORSO RICHIESTO CONTR. A CARICO DITTA CONTR. A CARICO LAV. QUOTA T.F.R.

PREVIDENZA INTEGRATIVA

TOT. ORE GIUSTIFICATE DI CUI RETRIBUITE IMPON. ORARIO GNF INDIRIZZO DEL LAVORATORE

I CAMPI ASTERISCATI NON VANNO COMPILATI