CASSA EDILE − PESARO

Ente di mutualità assistenza della provincia di Pesaro − Urbino

ELENCO DEI LAVORATORI OCCUPATI

(da allegare alla denuncia)

MOD.04

CODICE IMPRESA | **RAGIONE SOCIALE IMPRESA** | **MESE/ANNO** | **PAG.** | **DI PAG.**

N− **COGNOME** | **NOME**

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

DATA ASSUNZIONE | **TIPO ASS.** | **CESSAZ.** | **TIPO CESS.** | **LIV.** | **MANS.** | **IMPONIBILE G.N.F.** | **IMPONIBILE CONTRIB.** | **IMPONIBILE TFR** | **G.G. RIEN.**

ORE ORDINARIE | **O.MALATT.** | **O.INFORTUN.** | **O.CARENZA** | **O.FERIE** | **O.FEST.** | **O.C.I.G.** | **O.CONGEDI** | **O.ASS.GIUST.** | **O.PER.NON RET.**

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

DATA INIZIO MAL/INF | **FINE MAL/INF** | **TIPO** | **RIC.** | **ORE ASS.ING.** | **CONGUAGLI/RIMBORSO** | **RETRIB.ORARIA**

CANT. | **ALTRA CASSA** | **ORE ORD.CANT.** | **CANT.** | **ALTRA CASSA** | **ORE ORD.CANT.** | **CANT.** | **ALTRA CASSA** | **ORE ORD.CANT.**

N− **COGNOME** | **NOME**

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

DATA ASSUNZIONE | **TIPO ASS.** | **CESSAZ.** | **TIPO CESS.** | **LIV.** | **MANS.** | **IMPONIBILE G.N.F.** | **IMPONIBILE CONTRIB.** | **IMPONIBILE TFR** | **G.G. RIEN.**

ORE ORDINARIE | **O.MALATT.** | **O.INFORTUN.** | **O.CARENZA** | **O.FERIE** | **O.FEST.** | **O.C.I.G.** | **O.CONGEDI** | **O.ASS.GIUST.** | **O.PER.NON RET.**

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

DATA INIZIO MAL/INF | **FINE MAL/INF** | **TIPO** | **RIC.** | **ORE ASS.ING.** | **CONGUAGLI/RIMBORSO** | **RETRIB.ORARIA**

CANT. | **ALTRA CASSA** | **ORE ORD.CANT.** | **CANT.** | **ALTRA CASSA** | **ORE ORD.CANT.** | **CANT.** | **ALTRA CASSA** | **ORE ORD.CANT.**

N− **COGNOME** | **NOME**

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

DATA ASSUNZIONE | **TIPO ASS.** | **CESSAZ.** | **TIPO CESS.** | **LIV.** | **MANS.** | **IMPONIBILE G.N.F.** | **IMPONIBILE CONTRIB.** | **IMPONIBILE TFR** | **G.G. RIEN.**

ORE ORDINARIE | **O.MALATT.** | **O.INFORTUN.** | **O.CARENZA** | **O.FERIE** | **O.FEST.** | **O.C.I.G.** | **O.CONGEDI** | **O.ASS.GIUST.** | **O.PER.NON RET.**

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

DATA INIZIO MAL/INF | **FINE MAL/INF** | **TIPO** | **RIC.** | **ORE ASS.ING.** | **CONGUAGLI/RIMBORSO** | **RETRIB.ORARIA**

CANT. | **ALTRA CASSA** | **ORE ORD.CANT.** | **CANT.** | **ALTRA CASSA** | **ORE ORD.CANT.** | **CANT.** | **ALTRA CASSA** | **ORE ORD.CANT.**

BOZZA