CASSA EDILE TRIESTE	ELENCO MENSILE OPERAI AMMALATI	Ed. 01 Rev.	
		N°	data
	RICHIESTA RIMBORSO	0	14/07/18

L'impresa _____ pos. CE _____ DICHIARA sotto la propria responsabilità che i dati sotto indicati sono esatti e veritieri, che si riferiscono ad operai in forza presso l'impresa e che i periodi di assenza per malattia sono quelli per cui l'impresa ha provveduto secondo le disposizioni di legge.

MESE: _____ ANNO: _____

N	cognome nome data di nascita	data assunzione e qualifica	maggior.ni orarie	retrib.ne oraria (no E.D.R.)	orario di lavoro settimanale	ore maturate nel trimestre precedente l'evento	data inizio malattia	Periodo di assenza nel mese	data fine malattia	importo anticipato di cui si chiede il rimborso	note Cassa Edile
1	*cognome e nome*	*data di assunzione*	☐ SI	€	_____	*Lavoro ordinario*				€	
	data di nascita	*qualifica*	☐ NO		ore	*altre ore*					
2	*cognome e nome*	*data di assunzione*	☐ SI	€	_____	*Lavoro ordinario*				€	
	data di nascita	*qualifica*	☐ NO		ore	*altre ore*					
3	*cognome e nome*	*data di assunzione*	☐ SI	€	_____	*Lavoro ordinario*				€	
	data di nascita	*qualifica*	☐ NO		ore	*altre ore*					
4	*cognome e nome*	*data di assunzione*	☐ SI	€	_____	*Lavoro ordinario*				€	
	data di nascita	*qualifica*	☐ NO		ore	*altre ore*					

NOTE: consultare i prontuari sul sito www.cassaedile.ts.it

INVIO IN UNA DI QUESTE MODALITÀ:
- fax 040/2822434 - info@cassaedile.ts.it - posta ordinaria Via dei Cosulich, 10 - 34139 TS

Data Timbro e firma

……