



CASSA EDILE DELLA PROVINCIA DI CASERTA
DENUNCIA DEI LAVORATORI OCCUPATI



CODICE IMPRESA C.E.

RAGIONE SOCIALE IMPRESA

CODICE CONSULENTE C.E.

CODICE FISCALE IMPRESA

MESE ANNO

PAGINE ALLEGATE

CANTIERE	DENOMINAZIONE E/O LUOGO CANTIERE	CAP CANTIERE	SITUAZIONE	GIORNO	RETRIBUZIONE IMPONIBILE CANTIERE
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	INIZIO CANTIERE	COMMITTENTE	TIPO	ATTIVITA'	TRASFERTA
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
					SUBAPPALTO INTERNALE
					<input type="text"/>

TOTALE IMPONIBILE G.N.F.

TOTALE IMPONIBILE CONTRIBUTI

 , 00

TOTALE IMPONIBILE T.F.R.

RIEPILOGO ORE

RIEPILOGO ACCANTONAMENTI E CONTRIBUTI

		%			
1	ACCANTONAMENTO ORDINARIO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	00
2	ACCANTONAM. MALATTIA E INFORTUNIO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	00
3	TOT.N.1 + TOT. N.2	TOTALE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	00
4	CONTRIBUTI	8,38	<input type="text"/>	<input type="text"/>	00
5	CONTR. PREVIDENZA COMPLEMENTARE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	00
6	VARIE:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	00
7	CONTRIBUTO ASSOCIATIVO IMPRESE	0,50	<input type="text"/>	<input type="text"/>	00
	CONTRIB. ASS. IMPRESE FUORI PROVINCIA	1,30	<input type="text"/>	<input type="text"/>	00
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	00
9	TOTALE DA VERSARE	TOT. 3+4+5+6+7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	00
10	IMPORTO A CREDITO	IMPORTI IN EURO INTERO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	00

La sottoscritta Impresa dichiara sotto la propria responsabilità civile e penale che i dati esposti sono conformi a verità ed alle dichiarazioni effettuate sui libri paga e matricola, ed autorizza la Cassa Edile al trattamento degli stessi dati, ai sensi della Legge 675-96

La sottoscritta Impresa conferma i propri dati anagrafici contenuti nel modulo di iscrizione alla Cassa Edile (in caso negativo occorre inviare la correzione dei dati)

TIMBRO E FIRMA DELL' IMPRESA



CASSA EDILE DELLA PROVINCIA DI CASERTA
ELENCO DEI LAVORATORI OCCUPATI (da allegare alla denuncia) -



CODICE IMPRESA C.E. RAGIONE SOCIALE IMPRESA MESE ANNO
 PAGINA DI PAGINE

1

COGNOME NOME

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

DATA ASSUNZ. TIPO ASS. CESSAZ. TIPO CESSAZ. LIVELLO MANSIONE IMPONIBILE G.N.F. IMPONIBILE CONTRIBUTI IMPON. T.F.R. ALTRI DATI

ORE ORDINARIE ORE MAL. ORE INF. ORE CAR. ORE FERIE ORE FEST. ORE CIG ORE CONG. ORE ASS.GIUST. ORE PERM.N.RETR.

DATA INIZIO MAL/INF. FINE MAL/INF. TIPO RICAD. ORE ASS.ING. RIMBORSO C.E. ACCANTON.ORDINARIO ACCANTON. MAL/INF.

DATA INIZIO MAL/INF. FINE MAL/INF. TIPO RICAD. ORE ASS. ING. RIMBORSO C.E.

PER GLI OPERAI IN MALATTIA O INFORTUNIO ALLEGARE COPIA DELLA BUSTA PAGA E DEL CERTIFICATO MEDICO

LUOGO DI NASCITA INDIRIZZO

2

COGNOME NOME

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

DATA ASSUNZ. TIPO ASS. CESSAZ. TIPO CESSAZ. LIVELLO MANSIONE IMPONIBILE G.N.F. IMPONIBILE CONTRIBUTI IMPON. T.F.R. ALTRI DATI

ORE ORDINARIE ORE MAL. ORE INF. ORE CAR. ORE FERIE ORE FEST. ORE CIG ORE CONG. ORE ASS.GIUST. ORE PERM.N.RETR.

DATA INIZIO MAL/INF. FINE MAL/INF. TIPO RICAD. ORE ASS.ING. RIMBORSO C.E. ACCANTON.ORDINARIO ACCANTON. MAL/INF.

DATA INIZIO MAL/INF. FINE MAL/INF. TIPO RICAD. ORE ASS. ING. RIMBORSO C.E.

PER GLI OPERAI IN MALATTIA O INFORTUNIO ALLEGARE COPIA DELLA BUSTA PAGA E DEL CERTIFICATO MEDICO

LUOGO DI NASCITA INDIRIZZO

3

COGNOME NOME

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

DATA ASSUNZ. TIPO ASS. CESSAZ. TIPO CESSAZ. LIVELLO MANSIONE IMPONIBILE G.N.F. IMPONIBILE CONTRIBUTI IMPON. T.F.R. ALTRI DATI

ORE ORDINARIE ORE MAL. ORE INF. ORE CAR. ORE FERIE ORE FEST. ORE CIG ORE CONG. ORE ASS.GIUST. ORE PERM.N.RETR.

DATA INIZIO MAL/INF. FINE MAL/INF. TIPO RICAD. ORE ASS.ING. RIMBORSO C.E. ACCANTON.ORDINARIO ACCANTON. MAL/INF.

DATA INIZIO MAL/INF. FINE MAL/INF. TIPO RICAD. ORE ASS. ING. RIMBORSO C.E.

PER GLI OPERAI IN MALATTIA O INFORTUNIO ALLEGARE COPIA DELLA BUSTA PAGA E DEL CERTIFICATO MEDICO

LUOGO DI NASCITA INDIRIZZO