

LOGO

CASSA EDILE DELLA PROVINCIA DI _____

LOGO
CNCE

ELENCO DEI LAVORATORI OCCUPATI

(da allegare alla denuncia)

CODICE IMPRESA	RAGIONE SOCIALE IMPRESA	MESE / ANNO	PAG.	DI PAGG.

1

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	ALTRI DATI

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.	CONG.UAGLIO / RIMBORSO	G.N.F.	G.N.F. MAL/INF

DATA INIZIO MAL/INF	FINE MAL/INF	TIPO	RIC.	ORE ASS.ING.	CONG.UAGLIO / RIMBORSO		

AREA PER PERSONALIZZAZIONE SINGOLA CASSA EDILE

2

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	ALTRI DATI

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.	CONG.UAGLIO / RIMBORSO	G.N.F.	G.N.F. MAL/INF

DATA INIZIO MAL/INF	FINE MAL/INF	TIPO	RIC.	ORE ASS.ING.	CONG.UAGLIO / RIMBORSO		

AREA PER PERSONALIZZAZIONE SINGOLA CASSA EDILE

3

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	ALTRI DATI

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.	CONG.UAGLIO / RIMBORSO	G.N.F.	G.N.F. MAL/INF

DATA INIZIO MAL/INF	FINE MAL/INF	TIPO	RIC.	ORE ASS.ING.	CONG.UAGLIO / RIMBORSO		

AREA PER PERSONALIZZAZIONE SINGOLA CASSA EDILE