



CASSA EDILE DELLA PROVINCIA DI MILANO  
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		PAGA ORARIA	
-----------------	--	-----------	---------	--	------------	------	--	-------	--	-------------------	--	---------------------	--	----------------	--	-------------	--

ORE ORDINARIE		O.MALATT.		O.INFORTUN.		O.CARENZA		O.FERIE		O.FEST.		O.C.I.G.		O.CONGEDI		O.ASS.GIUST.		O.ASS.NON GIUS.		TOTALE ORE	
---------------	--	-----------	--	-------------	--	-----------	--	---------	--	---------	--	----------	--	-----------	--	--------------	--	-----------------	--	------------	--

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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		PAGA ORARIA	
-----------------	--	-----------	---------	--	------------	------	--	-------	--	-------------------	--	---------------------	--	----------------	--	-------------	--

ORE ORDINARIE		O.MALATT.		O.INFORTUN.		O.CARENZA		O.FERIE		O.FEST.		O.C.I.G.		O.CONGEDI		O.ASS.GIUST.		O.ASS.NON GIUS.		TOTALE ORE	
---------------	--	-----------	--	-------------	--	-----------	--	---------	--	---------	--	----------	--	-----------	--	--------------	--	-----------------	--	------------	--

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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		PAGA ORARIA	
-----------------	--	-----------	---------	--	------------	------	--	-------	--	-------------------	--	---------------------	--	----------------	--	-------------	--

ORE ORDINARIE		O.MALATT.		O.INFORTUN.		O.CARENZA		O.FERIE		O.FEST.		O.C.I.G.		O.CONGEDI		O.ASS.GIUST.		O.ASS.NON GIUS.		TOTALE ORE	
---------------	--	-----------	--	-------------	--	-----------	--	---------	--	---------	--	----------	--	-----------	--	--------------	--	-----------------	--	------------	--

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--