

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

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.	ALTRI DATI
---------------	------------	--------------	------------	----------	----------	-----------	------------	----------------	------------------	------------

DATA INIZIO MAL./INF.	FINE MAL./INF.	TIPO	RIC.	ORE ASS. ING.	RIMBORSO
ORE RETRIBUITE TRIM. PREC.					
DATA INIZIO MAL./INF.	FINE MAL./INF.	TIPO	RIC.	ORE ASS. ING.	RIMBORSO

G.N.F.	G.N.F. MAL./INF.		
CONTRIB. IMPRESA	PREVEDI	CONTRIB. LAVORATORE	QUOTA T.F.R.

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

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.	ALTRI DATI
---------------	------------	--------------	------------	----------	----------	-----------	------------	----------------	------------------	------------

DATA INIZIO MAL./INF.	FINE MAL./INF.	TIPO	RIC.	ORE ASS. ING.	RIMBORSO
ORE RETRIBUITE TRIM. PREC.					
DATA INIZIO MAL./INF.	FINE MAL./INF.	TIPO	RIC.	ORE ASS. ING.	RIMBORSO

G.N.F.	G.N.F. MAL./INF.		
CONTRIB. IMPRESA	PREVEDI	CONTRIB. LAVORATORE	QUOTA T.F.R.

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

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.	ALTRI DATI
---------------	------------	--------------	------------	----------	----------	-----------	------------	----------------	------------------	------------

DATA INIZIO MAL./INF.	FINE MAL./INF.	TIPO	RIC.	ORE ASS. ING.	RIMBORSO
ORE RETRIBUITE TRIM. PREC.					
DATA INIZIO MAL./INF.	FINE MAL./INF.	TIPO	RIC.	ORE ASS. ING.	RIMBORSO

G.N.F.	G.N.F. MAL./INF.		
CONTRIB. IMPRESA	PREVEDI	CONTRIB. LAVORATORE	QUOTA T.F.R.