



CODICE IMPRESA	RAGIONE SOCIALE IMPRESA	MESE / ANNO	PAG.	DI PAGG.
		<b>06 2019</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

COGNOME	NOME
<b>1</b>	

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

DESCRIZIONE CANTIERE	ORE ORD.	ORE FEST.	IMP. GNF	IMP. CONTR.	ACC. GNF.
<b>CANTIERE:</b>					

DATA ASSUNZIONE	TIPO ASS.	TIPO OCC.	TIPO RAPP.	CESSAZ. CESS.	LIVELLO	MANS.	IMP. G.N.F. TOT.	IMP. CONTRIB. TOT.	IMPONIBILE TFR	O. FIG. GNF
				<b>0</b>					<b>0</b>	<b>0</b>
ORE ORD. TOT.	ORE MALATT.	O. INFORTUNI	O. CARENZA	ORE FERIE	ORE FEST.	ORE CIG	O. CONGEDI	O. ASS. GIUST.	O. PERM. N.RET.	O. ECC. SANZ.
	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>			<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>		

DATA INIZ. MAL/IMF	FINE MAL/INF	TIPO	RIC.	ORE ASS. ING.	CONGUAGLIO/RIMBORSO	ACC. GNF TOT	ACC. GNF MAL/INF	FONDO SANIT.	
	<b>0</b>			<b>0</b>	<b>0</b>		<b>0</b>		
	<b>0</b>			<b>0</b>	<b>0</b>	CONTR. IMPRESA	PREVIDENZA CONTR. LAVOR.	COMPLEMENTARE QUOTA TFR	CONTRATT.
						<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	

NOTE: Fondo - data sottoisc. - scelta - modalita Totale prevedi pregresso

COGNOME	NOME
<b>2</b>	

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

DESCRIZIONE CANTIERE	ORE ORD.	ORE FEST.	IMP. GNF	IMP. CONTR.	ACC. GNF.
<b>SOTTOSCHEDA CANTIERE</b>					

DATA ASSUNZIONE	TIPO ASS.	TIPO OCC.	TIPO RAPP.	CESSAZ. CESS.	LIVELLO	MANS.	IMP. G.N.F. TOT.	IMP. CONTRIB. TOT.	IMPONIBILE TFR	O. FIG. GNF
ORE ORD. TOT.	ORE MALATT.	O. INFORTUNI	O. CARENZA	ORE FERIE	ORE FEST.	ORE CIG	O. CONGEDI	O. ASS. GIUST.	O. PERM. N.RET.	O. ECC. SANZ.

DATA INIZ. MAL/IMF	FINE MAL/INF	TIPO	RIC.	ORE ASS. ING.	CONGUAGLIO/RIMBORSO	ACC. GNF TOT	ACC. GNF MAL/INF	FONDO SANIT.	
						CONTR. IMPRESA	PREVIDENZA CONTR. LAVOR.	COMPLEMENTARE QUOTA TFR	CONTRATT.

NOTE: Fondo - data sottoisc. - scelta - modalita Totale prevedi pregresso **0,00**

COGNOME	NOME
<b>3</b>	

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

DESCRIZIONE CANTIERE	ORE ORD.	ORE FEST.	IMP. GNF	IMP. CONTR.	ACC. GNF.
<b>SOTTOSCHEDA CANTIERE</b>					

DATA ASSUNZIONE	TIPO ASS.	TIPO OCC.	TIPO RAPP.	CESSAZ. CESS.	LIVELLO	MANS.	IMP. G.N.F. TOT.	IMP. CONTRIB. TOT.	IMPONIBILE TFR	O. FIG. GNF
ORE ORD. TOT.	ORE MALATT.	O. INFORTUNI	O. CARENZA	ORE FERIE	ORE FEST.	ORE CIG	O. CONGEDI	O. ASS. GIUST.	O. PERM. N.RET.	O. ECC. SANZ.

DATA INIZ. MAL/IMF	FINE MAL/INF	TIPO	RIC.	ORE ASS. ING.	CONGUAGLIO/RIMBORSO	ACC. GNF TOT	ACC. GNF MAL/INF	FONDO SANIT.	
						CONTR. IMPRESA	PREVIDENZA CONTR. LAVOR.	COMPLEMENTARE QUOTA TFR	CONTRATT.

NOTE: Fondo - data sottoisc. - scelta - modalita Totale prevedi pregresso **0,00**

Protocollo MUT: 2019/013902 Del:16/07/2019 11:01:54