

NORMALE INTEGRATIVO CORRETTIVA

CODICE IMPRESA	RAGIONE SOCIALE IMPRESA	MESE/ANNO	PAGG.	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.	ALTRI DATI

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

NOTE: _____	FONDO PREVIDENZA COMPLEMENTARE
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

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.	ALTRI DATI

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

NOTE: _____	FONDO PREVIDENZA COMPLEMENTARE
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

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.	ALTRI DATI

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

NOTE: _____	FONDO PREVIDENZA COMPLEMENTARE
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>