



(da allegare alla denuncia)

CODICE IMPRESA

RAGIONE SOCIALE IMPRESA

MESE / ANNO

PAG.

DI PAGG.

1 COGNOME

NOME

CODICE OPERAIO C.E.¹

CODICE FISCALE²

DATA DI NASCITA

CANT.³

FUORI PROV.⁴

ALTRA CASSA⁵

DATA ASSUNZIONE⁶

TIPO ASS.⁷

CESSAZ.⁸

TIPO CESS.⁹

LIV.¹⁰

MANS.¹¹

IMPONIBILE G.N.F.¹²

IMPONIBILE CONTRIB.¹³

IMPONIBILE TFR¹⁴

ALTRI DATI

ORE ORDINARIE¹⁵

O.MALATT.¹⁶

O.INFORTUN.¹⁷

O.CARENZA¹⁸

O.FERIE¹⁹

O.FEST.²⁰

O.C.I.G.²¹

O.CONGEDI²²

O.ASS.GIUST.²³

O.PER.NON RET.²⁴

DATA INIZIO MAL/INF²⁷

FINE MAL/INF²⁸

TIPO²⁹

RIC.³⁰

ORE ASS.ING.³¹

CONGUAGLIO / RIMBORSO³²

G.N.F.²⁵

G.N.F. MAL/INF²⁶

DATA INIZIO MAL/INF

FINE MAL/INF

TIPO

RIC.

ORE ASS.ING.

CONGUAGLIO / RIMBORSO

33 LUOGO DI NASCITA

INDIRIZZO

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.

CONGUAGLIO / RIMBORSO

G.N.F.

G.N.F. MAL/INF

DATA INIZIO MAL/INF

FINE MAL/INF

TIPO

RIC.

ORE ASS.ING.

CONGUAGLIO / RIMBORSO

LUOGO DI NASCITA

INDIRIZZO

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.

CONGUAGLIO / RIMBORSO

G.N.F.

G.N.F. MAL/INF

DATA INIZIO MAL/INF

FINE MAL/INF

TIPO

RIC.

ORE ASS.ING.

CONGUAGLIO / RIMBORSO

LUOGO DI NASCITA

INDIRIZZO