



**CASSA EDILE DELLA PROVINCIA DI L'AQUILA  
ELENCO DEI LAVORATORI OCCUPATI**



CODICE IMPRESA <b>9999</b>	RAGIONE SOCIALE IMPRESA <b>IMPRESA PROVA</b>	MESE / ANNO <b>04 2019</b>	PAG. <b>1</b>	DI PAGG. <b>1</b>
-------------------------------	---	-------------------------------	------------------	----------------------

COGNOME <b>1 AVEANI</b>	NOME <b>CESARE</b>
----------------------------	-----------------------

CODICE OPERAIO C.E.	CODICE FISCALE <b>VNACSR86D25A515Z</b>	DATA DI NASCITA <b>25/04/1986</b>	FUOPRI PROV.	ALTRA CASSA
---------------------	---	--------------------------------------	--------------	-------------

DATA ASSUNZIONE <b>01/03/2019</b>	TIPO ASS. <b>1</b>	TIPO OCC. <b>F</b>	TIPO RAPP.	GIORNO TIPO CESS. <b>0 0</b>	LIVELLO <b>02</b>	MANS. <b>01</b>	IMPONIBILE G.N.F. <b>163</b>	IMPONIBILE CONTRIB. <b>163</b>	IMPONIBILE TFR <b>1.500</b>	IMPONIBILE MAL/INF <b>1140</b>
--------------------------------------	-----------------------	-----------------------	------------	---------------------------------	----------------------	--------------------	---------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

ORE ORDINARIE <b>0</b>	O. MALATT. <b>104</b>	O. INFORTUNI <b>0</b>	O. CARENZA <b>8</b>	ORE FERIE <b>0</b>	ORE FEST. <b>16</b>	ORE CIG <b>0</b>	O. CONGEDI <b>0</b>	O. ASS. GIUST. <b>48</b>	O. PERM. NON RETR. <b>0</b>	ALTRI DATI <b>10,18</b>
---------------------------	--------------------------	--------------------------	------------------------	-----------------------	------------------------	---------------------	------------------------	-----------------------------	--------------------------------	----------------------------

CANTIERE: <b>001 CENTRO</b>	ORE ORD. <b>0</b>	ORE FEST. <b>16</b>	IMP. GNF <b>163</b>	IMP. CONTR. <b>163</b>	ACC. GNF <b>23</b>
--------------------------------	----------------------	------------------------	------------------------	---------------------------	-----------------------

DATA INIZ. MAL/IMF <b>05/04/2019</b>	FINE MAL/INF <b>26</b>	TIPO <b>M</b>	RIC.	ORE ASS. ING. <b>0</b>	CONGUAGLIO/RIMBORSO <b>457</b>	ACC. GNF <b>23</b>	ACC. GNF MAL/INF <b>162</b>	INTEGR. APE <b>0</b>	F.DO SANIT. <b>2,99</b>
---	---------------------------	------------------	------	---------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--------------------------------	-------------------------	----------------------------

PREVIDENZA COMPLEMENTARE			
CONTR. IMPRESA <b>15</b>	CONTR. LAVOR. <b>15</b>	QUOTA TFR <b>150</b>	CONTRATT. <b>6</b>

INDIRIZZO SCANNO	PROVINCIA AQ	CAP 67043	COMUNE CELANO	Fondo - data sottosc. - scelta - modalita' 01 - 11/01/2011 - FP -	Totale prevedi pregresso <b>0,00</b>
---------------------	-----------------	--------------	------------------	--	---

COGNOME <b>2</b>	NOME
---------------------	------

CODICE OPERAIO C.E.	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA	FUOPRI PROV.	ALTRA CASSA
---------------------	----------------	-----------------	--------------	-------------

DATA ASSUNZIONE	TIPO ASS.	TIPO OCC.	TIPO RAPP.	GIORNO TIPO CESS.	LIVELLO	MANS.	IMPONIBILE G.N.F.	IMPONIBILE CONTRIB.	IMPONIBILE TFR	IMPONIBILE MAL/INF
-----------------	-----------	-----------	------------	-------------------	---------	-------	-------------------	---------------------	----------------	--------------------

ORE ORDINARIE	O. MALATT.	O. INFORTUNI	O. CARENZA	ORE FERIE	ORE FEST.	ORE CIG	O. CONGEDI	O. ASS. GIUST.	O. PERM. NON RETR.	ALTRI DATI
---------------	------------	--------------	------------	-----------	-----------	---------	------------	----------------	--------------------	------------

CANTIERE:	ORE ORD.	ORE FEST.	IMP. GNF	IMP. CONTR.	ACC. GNF
-----------	----------	-----------	----------	-------------	----------

DATA INIZ. MAL/IMF	FINE MAL/INF	TIPO	RIC.	ORE ASS. ING.	CONGUAGLIO/RIMBORSO	ACC. GNF	ACC. GNF MAL/INF	INTEGR. APE	F.DO SANIT.
--------------------	--------------	------	------	---------------	---------------------	----------	------------------	-------------	-------------

PREVIDENZA COMPLEMENTARE			
CONTR. IMPRESA	CONTR. LAVOR.	QUOTA TFR	CONTRATT.

INDIRIZZO	PROVINCIA	CAP	COMUNE	Fondo - data sottosc. - scelta - modalita' ---	Totale prevedi pregresso <b>0,00</b>
-----------	-----------	-----	--------	---	---

COGNOME <b>3</b>	NOME
---------------------	------

CODICE OPERAIO C.E.	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA	FUOPRI PROV.	ALTRA CASSA
---------------------	----------------	-----------------	--------------	-------------

DATA ASSUNZIONE	TIPO ASS.	TIPO OCC.	TIPO RAPP.	GIORNO TIPO CESS.	LIVELLO	MANS.	IMPONIBILE G.N.F.	IMPONIBILE CONTRIB.	IMPONIBILE TFR	IMPONIBILE MAL/INF
-----------------	-----------	-----------	------------	-------------------	---------	-------	-------------------	---------------------	----------------	--------------------

ORE ORDINARIE	O. MALATT.	O. INFORTUNI	O. CARENZA	ORE FERIE	ORE FEST.	ORE CIG	O. CONGEDI	O. ASS. GIUST.	O. PERM. NON RETR.	ALTRI DATI
---------------	------------	--------------	------------	-----------	-----------	---------	------------	----------------	--------------------	------------

CANTIERE:	ORE ORD.	ORE FEST.	IMP. GNF	IMP. CONTR.	ACC. GNF
-----------	----------	-----------	----------	-------------	----------

DATA INIZ. MAL/IMF	FINE MAL/INF	TIPO	RIC.	ORE ASS. ING.	CONGUAGLIO/RIMBORSO	ACC. GNF	ACC. GNF MAL/INF	INTEGR. APE	F.DO SANIT.
--------------------	--------------	------	------	---------------	---------------------	----------	------------------	-------------	-------------

PREVIDENZA COMPLEMENTARE			
CONTR. IMPRESA	CONTR. LAVOR.	QUOTA TFR	CONTRATT.

INDIRIZZO	PROVINCIA	CAP	COMUNE	Fondo - data sottosc. - scelta - modalita' ---	Totale prevedi pregresso <b>0,00</b>
-----------	-----------	-----	--------	---	---

Protocollo MUT: 2019/0003806 Del:05/06/2019 13:55:11