



**CASSA EDILE DELLA PROVINCIA DI PALERMO**  
**ELENCO DEI LAVORATORI OCCUPATI**



CODICE IMPRESA	RAZIONE SOCIALE IMPRESA	MESE/ANNO	PAG.	DI PAGG.
<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>

**1**

COGNOME		NOME							
<input style="width:100%;" type="text"/>		<input style="width:100%;" type="text"/>							
CODICE OPERAIO	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA	CANT. <input style="width:50px;" type="text"/>	FUORI PROV. <input type="checkbox"/>	ALTRA CASSA <input type="checkbox"/>				
<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
DATA ASSUNZIONE	TIPO ASS.	CESSAZ.	TIPO CESS.	LIV.	MANS.	IMPONIBILE G.N.F.	IMPONIBILE CONTRIB.	IMPONIBILE T.F.R.	ALTRI DATI <input style="width:100%;" type="text"/>
<input style="width:100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	
O. ORDINARIE	O. MALATT.	O. INFORTUN.	O. CARENZA	O. FERIE	O. FEST.	O. C.I.G.	O. CONGEDI	O. ASS. GIUST.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DATA INIZIO MAL/INF	FINE MAL/INF	TIPO	RI C.	ORE ASS. ING.	CONGUAGLIO/ RIMBORSO	G.N.F.	G.N.F. MAL/INF	<input style="width:100%;" type="text"/>	
<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	
DATA INIZIO MAL/INF	FINE MAL/INF	TIPO	RI C.	ORE ASS. ING.	CONGUAGLIO/ RIMBORSO	CONTR. OPERAIO	FONDO PREVEDI CONTR. DITTA	QUOTA TFR	
<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	
DOMICILIO LAVORATORE		VIA/PIAZZA	<input style="width:100%;" type="text"/>					CAP	<input style="width:50px;" type="text"/>
		CITTA'	<input style="width:100%;" type="text"/>					PROVINCIA	<input style="width:50px;" type="text"/>

**2**

COGNOME		NOME							
<input style="width:100%;" type="text"/>		<input style="width:100%;" type="text"/>							
CODICE OPERAIO	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA	CANT. <input style="width:50px;" type="text"/>	FUORI PROV. <input type="checkbox"/>	ALTRA CASSA <input type="checkbox"/>				
<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
DATA ASSUNZIONE	TIPO ASS.	CESSAZ.	TIPO CESS.	LIV.	MANS.	IMPONIBILE G.N.F.	IMPONIBILE CONTRIB.	IMPONIBILE T.F.R.	ALTRI DATI <input style="width:100%;" type="text"/>
<input style="width:100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	
O. ORDINARIE	O. MALATT.	O. INFORTUN.	O. CARENZA	O. FERIE	O. FEST.	O. C.I.G.	O. CONGEDI	O. ASS. GIUST.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DATA INIZIO MAL/INF	FINE MAL/INF	TIPO	RI C.	ORE ASS. ING.	CONGUAGLIO/ RIMBORSO	G.N.F.	G.N.F. MAL/INF	<input style="width:100%;" type="text"/>	
<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	
DATA INIZIO MAL/INF	FINE MAL/INF	TIPO	RI C.	ORE ASS. ING.	CONGUAGLIO/ RIMBORSO	CONTR. OPERAIO	FONDO PREVEDI CONTR. DITTA	QUOTA TFR	
<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	
DOMICILIO LAVORATORE		VIA/PIAZZA	<input style="width:100%;" type="text"/>					CAP	<input style="width:50px;" type="text"/>
		CITTA'	<input style="width:100%;" type="text"/>					PROVINCIA	<input style="width:50px;" type="text"/>

**3**

COGNOME		NOME							
<input style="width:100%;" type="text"/>		<input style="width:100%;" type="text"/>							
CODICE OPERAIO	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA	CANT. <input style="width:50px;" type="text"/>	FUORI PROV. <input type="checkbox"/>	ALTRA CASSA <input type="checkbox"/>				
<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
DATA ASSUNZIONE	TIPO ASS.	CESSAZ.	TIPO CESS.	LIV.	MANS.	IMPONIBILE G.N.F.	IMPONIBILE CONTRIB.	IMPONIBILE T.F.R.	ALTRI DATI <input style="width:100%;" type="text"/>
<input style="width:100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	
O. ORDINARIE	O. MALATT.	O. INFORTUN.	O. CARENZA	O. FERIE	O. FEST.	O. C.I.G.	O. CONGEDI	O. ASS. GIUST.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DATA INIZIO MAL/INF	FINE MAL/INF	TIPO	RI C.	ORE ASS. ING.	CONGUAGLIO/ RIMBORSO	G.N.F.	G.N.F. MAL/INF	<input style="width:100%;" type="text"/>	
<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	
DATA INIZIO MAL/INF	FINE MAL/INF	TIPO	RI C.	ORE ASS. ING.	CONGUAGLIO/ RIMBORSO	CONTR. OPERAIO	FONDO PREVEDI CONTR. DITTA	QUOTA TFR	
<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	
DOMICILIO LAVORATORE		VIA/PIAZZA	<input style="width:100%;" type="text"/>					CAP	<input style="width:50px;" type="text"/>
		CITTA'	<input style="width:100%;" type="text"/>					PROVINCIA	<input style="width:50px;" type="text"/>