

CODICE IMPRESA	RAGIONE SOCIALE IMPRESA	MESE / ANNO	PAG.	DI PAGG.

1	COGNOME	NOME

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

DATA ASSUNZIONE	TIPO ASS.	CESSAZ.	TIPO CESS.	LIVELLO	MANS.	IMPONIBILE G.N.F.	IMPONIBILE CONTRIB.	IMPONIBILE TFR	PAGA ORARIA
		0	0					0	

ORE ORDINARIE	ORE MALATT.	O. INFORTUNI	O. CARENZA	ORE FERIE	ORE FEST.	ORE CIG	O. CONGEDI	O. ASS. GIUST.	O. PERM. NON RETR	O. RETR VIRT
	0	0	0	0		0	0		0	0

CANTIERE:						ORE ORD.	ORE FEST.	IMP. GNF	IMP. CONTR.	ACC. GNF.
DATA INIZ. MAL/IMF	FINE	TIPO	RIC.	RIMBORSO	PROTOCOLLI CERTIFICATI					
	0			0					0	0
	0			0						
	0			0						
	0			0						

PREVIDENZA COMPLEMENTARE						IMPRESA	LAV. OBBL.	LAV. VOL.	QUOTA TFR	CONTRATT.
						0	0	0	0	

FONDO SANIT. Fondo - data sottoisc. - scelta - modalita
- 01/02/2015 - AZ - X Totale prevedi pregresso
0,00

2	COGNOME	NOME

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

DATA ASSUNZIONE	TIPO ASS.	CESSAZ.	TIPO CESS.	LIVELLO	MANS.	IMPONIBILE G.N.F.	IMPONIBILE CONTRIB.	IMPONIBILE TFR	PAGA ORARIA

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

CANTIERE:						ORE ORD.	ORE FEST.	IMP. GNF	IMP. CONTR.	ACC. GNF.
DATA INIZ. MAL/IMF	FINE	TIPO	RIC.	RIMBORSO	PROTOCOLLI CERTIFICATI					

PREVIDENZA COMPLEMENTARE						IMPRESA	LAV. OBBL.	LAV. VOL.	QUOTA TFR	CONTRATT.

FONDO SANIT. Fondo - data sottoisc. - scelta - modalita
- - - Totale prevedi pregresso
0,00

3	COGNOME	NOME

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

DATA ASSUNZIONE	TIPO ASS.	CESSAZ.	TIPO CESS.	LIVELLO	MANS.	IMPONIBILE G.N.F.	IMPONIBILE CONTRIB.	IMPONIBILE TFR	PAGA ORARIA

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

CANTIERE:						ORE ORD.	ORE FEST.	IMP. GNF	IMP. CONTR.	ACC. GNF.
DATA INIZ. MAL/IMF	FINE	TIPO	RIC.	RIMBORSO	PROTOCOLLI CERTIFICATI					

PREVIDENZA COMPLEMENTARE						IMPRESA	LAV. OBBL.	LAV. VOL.	QUOTA TFR	CONTRATT.

FONDO SANIT. Fondo - data sottoisc. - scelta - modalita
- - - Totale prevedi pregresso
0,00