PROSPETTO INDIVIDUALE DI LIQUIDAZIONE

IMPRESA ……. ……. ……. CANTIERE…… ……. …….	Ind.Int. ☐ Mal. ☐ Inf. ☐ M.P. Anno ……mese…….dal ……al ……. Lavoratore ……... Data di nascita ……. Data di assunzione ……qualifica …… ……..	**ALL'ENTE CASSA E SCUOLA EDILE** **C.da Mugno Pal. ASI** **Tel. 0932 – 667155 – Fax 667053** **97100 RAGUSA** **Protocollo d'arrivo**

TOTALE ORE DENUNCIATE PER IL TRIMESTRE	Data inizio evento	Data ricaduta	Data fine evento
……./……./……N……..			

M A L A T T I A		**I N F O R T U N I O**	
Carenza Superiore 7 giorni	gg. ……..x €……= €……		
Superiore 14 giorni	" ……..x €……= €……		
Dal 4° al 20° giorno	" ……..x €……= €……	dal 4° al 90° giorno ……	gg……x €……= €. ……..
Dal 21° al 180° giorno	" ..……..x €……= €……	dal 91° giorno in poi ……	"…… x €……= €……
Dal 181° al 270° giorno (per gg. non ind. INPS)	" ..……..x €……= €…… €……		€…… ……..
ASSENZE INGIUSTIFICATE NEL MESE PRECEDENTE L'EVENTO: 1/73	ore …… x ……= €…… Somma corrisposta (100%) €……		Somma corrisposta (100%) €……

RIMBORSO RIDOTTO

Ore trim. x Somma corrisposta (100%):……..= …… Somma di cui si chiede il rimborso proporzionalmente ridotto

450

Si dichiara che i dati contenuti nel presente modulo sono veritieri e conformi alle registrazioni dei libri paga e matricola.

(1) Comprensive delle ore di assenza per C.I.G., permessi retribuiti e non retribuiti, ferie e festività.

Data……..

…….....

Timbro e firma del titolare o del legale rappresentante dell'azienda