

MITTENTE: \_\_\_\_\_ POS. \_\_\_\_\_

IMPRESA: \_\_\_\_\_

SEDE LEGALE: \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_ CITTA': \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

C.C.N.L. APPLICATO: \_\_\_\_\_ A (artigiani) - C (cooperative) - P (piccola media industria)



Viale Trieste 172 – 09123 Cagliari  
 Tel. 070 8010000 – Fax 070 8010027/8  
 amministrazione@edilcassasardegna.it  
 www.edilcassasardegna.it

## DENUNCIA MENSILE NOMINATIVA LAVORATORI OCCUPATI

Da trasmettere entro il 20° giorno successivo al mese di riferimento

Anno: \_\_\_\_\_ Mese: \_\_\_\_\_

Cantiere: \_\_\_\_\_

Data inizio lavori: \_\_\_\_\_ Data fine lavori: \_\_\_\_\_

Data sospensione: \_\_\_\_\_ Data ripresa: \_\_\_\_\_

Ore lavorate:	Ore CIG:	0	Ore assenze giustificate:
Ore malattia:	Ore festività:	0	Ore congedi:
Ore infortunio:	Ore ferie:	0	Ore permessi non retrib.

1) RETRIBUZIONI CORRISPOSTE ORE LAVORATE E FESTIVE	€
2) RETRIBUZIONI LAVORATORI APPRENDISTI	€
3) RETRIBUZIONI PERMESSI NON RETR. OLTRE 40 ORE ANNUALI	€
4) IMPONIBILE RETRIBUTIVO F.S.N. OPERAI	€
5) IMPONIBILE RETRIBUTIVO F.S.N. IMPIEGATI	€
6) ACCANTONAMENTO (14,2% su punto 1) + Accantonamento per malattia e infortunio	€
7) CONTRIBUTI (%)	€
8) CONTRIBUTI C.I.G. APPRENDISTI (% su punto 2)	€
9) CONTRIBUTI PERMESSI NON RETR. OLTRE 40 ORE (%)	€
10) CONTRIBUTO F.S.N. OPERAI (%)	€
11) CONTRIBUTO F.S.N. IMPIEGATI (%)	€
12) ANTICIPAZIONE INDENNITÀ MALATTIA	€
13) ANTICIPAZIONE INDENNITÀ INFORTUNIO	€
<b>TOTALE DA VERSARE (6+7+8+9+10+11-12-13)</b>	<b>€</b>

Si dichiara che la presente denuncia è conforme a verità ed alle registrazioni effettuate in busta paga e matricola.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

L'Impresa \_\_\_\_\_

(firma e timbro)

Note: Sui ritardi pagamenti dei contributi e dell'accantonamento verranno applicati gli interessi di mora previsti dal regolamento Edilcassa Art. 7. Le percentuali contributive di cui al punto 4 si riferiscono alle imprese che effettuano con puntualità i versamenti dei contributi e degli accantonamenti. Dette percentuali verranno maggiorate, nella misura dello 0,15 % per ogni mese o frazione di mese per cui si ritarda il versamento, così come previsto dall'Art. 6 del regolamento per le aziende in vigore all'Edilcassa.

Avvertenze per la compilazione: Si fa viva raccomandazione di voler provvedere alla compilazione dei presenti moduli, unitamente agli intercalari riportanti i nominativi dei Vs. dipendenti, in modo CHIARO E PRECISO, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AI DATI ANAGRAFICI E RETRIBUTIVI, nonché provvedere ad un puntuale aggiornamento delle variazioni INTERVENUTE.

**Comunicazioni:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# DENUNCIA NOMINATIVA LAVORATORI OCCUPATI

IMPRESA:

ANNO:

MESE:

CANTIERE:

COGNOME E NOME			
LUOGO DI NASCITA		DATA DI NASCITA	
INDIRIZZO			
DATA DI ASSUNZIONE	TIPO ASSUNZIONE	PART TIME %	DATA LICENZIAMENTO
QUALIFICA		SPECIALIZZAZIONE -	

TIPO ORE	ORE	ACCANTONAMENTI
		€
		€

## IMPIEGATI - Contributi F.S.N.

IMPRESA:

ANNO:

MESE:

COGNOME E NOME			
LUOGO DI NASCITA		DATA DI NASCITA	
INDIRIZZO			
DATA DI ASSUNZIONE	TIPO ASSUNZIONE	PART TIME %	DATA LICENZIAMENTO
QUALIFICA	SPECIALIZZAZIONE -		

Imponibile F.S.N.: € 0,00

Contributo F.S.N.: € 0,00

# OPERAI - Contributi F.S.N.

IMPRESA:

ANNO:

MESE:

COGNOME E NOME			
LUOGO DI NASCITA		DATA DI NASCITA	
INDIRIZZO			
DATA DI ASSUNZIONE	TIPO ASSUNZIONE	PART TIME %	DATA LICENZIAMENTO
QUALIFICA	SPECIALIZZAZIONE -		

Imponibile F.S.N.: \_\_\_\_\_ €

Contributo F.S.N.: \_\_\_\_\_ €



Viale Trieste 172 – 09123 Cagliari  
Tel. 070/281373 – Fax 070/275812

MITTENTE:

IMPRESA: \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_ CITTA': \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_

FAX: \_\_\_\_\_

## DENUNCIA MENSILE PREVIDENZA COMPLEMENTARE

Da trasmettere entro il 20° giorno  
successivo al mese di riferimento

Anno: \_\_\_\_\_

Mese: \_\_\_\_\_

### 1. Imponibile T.F.R.

€

2. CONTRIBUZIONE C/IMPRESA (1% punto 1)	€ 0,00
3. CONTRIBUZIONE C/OPERAI (1% punto 1 + % volontaria)	€ 0,00
4. QUOTA T.F.R.	€ 0,00
5. CONTRIBUTO CONTRATTUALE	€ 0,00
<b>TOTALE DA VERSARE (2+3+4+5)</b>	<b>€ 0,00</b>

Si dichiara che la presente denuncia è conforme a verità ed alle registrazioni effettuate in busta paga e matricola.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

L'Impresa \_\_\_\_\_

(firma e timbro)

Note:	Avvertenze:	Comunicazioni:
<p>1) imponibile TFR: retribuzioni del mese utili ai fini del calcolo del TFR;</p> <p>2) contributo obbligatorio, pari all' 1% dell' imponibile TFR, da indicare al punto 2 ma a carico della Edilcassa e pertanto non compreso nel totale da versare;</p> <p>3) contribuzione c/operaio: contributo obbligatorio, pari all' 1% dell' imponibile TFR, più eventuale contributo volontario che deve essere espressamente richiesto dal lavoratore;</p> <p>4) quota TFR: contributo obbligatorio pari al 18% del TFR maturato nel mese se la data di iscrizione del lavoratore all'INPS è precedente al 28.04.93; contributo pari al 100% del TFR maturato nel mese se la data di iscrizione del lavoratore all' INPS è successiva al 28.04.93</p>	<p>Si fa viva raccomandazione di voler provvedere alla compilazione dei presenti moduli, unitamente agli intercalari riportanti i nominativi dei Vs. dipendenti, in modo CHIARO E PRECISO, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AI DATI ANAGRAFICI E RETRIBUTIVI, nonché provvedere ad un puntuale aggiornamento delle variazioni INTERVENUTE.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Presentata in Edilcassa in data 20/06/2019 - Registrata in Edilcassa in data 20/06/2019

## DENUNCIA MENSILE NOMINATIVA PREVIDENZA COMPLEMENTARE

IMPRESA:

ANNO:

MESE:

COGNOME E NOME			
LUOGO DI NASCITA		DATA DI NASCITA	
INDIRIZZO			
DATA DI ASSUNZIONE	TIPO ASSUNZIONE	PART TIME %	DATA LICENZIAMENTO
QUALIFICA	SPECIALIZZAZIONE -		

Imponibile TFR:	<input type="text"/>	€
Contributo ditta:	<input type="text"/>	€
Contributo lavoratore:	<input type="text"/>	€
Quota TFR:	<input type="text"/>	€
Contributo contrattuale:	<input type="text"/>	€
Da versare:	<input type="text"/>	€