



CASSA EDILE DELLA PROVINCIA JONICA-TARANTO
ELENCO DEI LAVORATORI OCCUPATI
 (da allegare alla denuncia)



CODICE IMPRESA	RAGIONE SOCIALE IMPRESA	MESE/ANNO	PAG.	DI PAGG.
46	47	48	49	50

1	COGNOME	NOME
	51	52

CODICE OPERAIO C.E.	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA	CANT.	FUORI PROV.	ALTRA CASSA
53	54	55	56	57	58

DATA ASSUNZIONE	TIPO ASS.	CESS.	TIPO CESS.	LIV.	MANS.	IMPONIBILE G.D.F.	IMPONIBILE CONTRIB.	IMPONIBILE TFR	ALTRI DATI
59	60	61	62	63	64	65	66	67	

ORE ORDINARIE	O. MALATT.	O. INFORTUN.	O. CARENZA	O. FERIE	O. FEST.	O. C.I.G.	O. CONGEDI	O. ASS. GIUST.	O. PER. NON RET.	ALTRI DATI
68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	

DATA INIZIO MAL/INF	FINE MAL/INF	TIPO	RIC.	ORE ASS. ING	G.N.F.	G.N.F. MAL/INF	ALTRI DATI
80	81	82	83	84	85	88	

DATA INIZIO MAL/INF	FINE MAL/INF	TIPO	RIC.	ORE ASS. ING	CONGUAGLIO/RIMBORSO	PREVEDI 1	PREVEDI 2	PREVEDI 3
80	81	82	83	84	85	89	90	91



2	COGNOME	NOME
	51	52

CODICE OPERAIO C.E.	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA	CANT.	FUORI PROV.	ALTRA CASSA
53	54	55	56	57	58

DATA ASSUNZIONE	TIPO ASS.	CESS.	TIPO CESS.	LIV.	MANS.	IMPONIBILE G.D.F.	IMPONIBILE CONTRIB.	IMPONIBILE TFR	ALTRI DATI
59	60	61	62	63	64	65	66	67	

ORE ORDINARIE	O. MALATT.	O. INFORTUN.	O. CARENZA	O. FERIE	O. FEST.	O. C.I.G.	O. CONGEDI	O. ASS. GIUST.	O. PER. NON RET.	ALTRI DATI
68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	

DATA INIZIO MAL/INF	FINE MAL/INF	TIPO	RIC.	ORE ASS. ING	G.N.F.	G.N.F. MAL/INF	ALTRI DATI
80	81	82	83	84	85	88	

DATA INIZIO MAL/INF	FINE MAL/INF	TIPO	RIC.	ORE ASS. ING	CONGUAGLIO/RIMBORSO	PREVEDI 1	PREVEDI 2	PREVEDI 3
80	81	82	83	84	85	89	90	91



3	COGNOME	NOME
	51	52

CODICE OPERAIO C.E.	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA	CANT.	FUORI PROV.	ALTRA CASSA
53	54	55	56	57	58

DATA ASSUNZIONE	TIPO ASS.	CESS.	TIPO CESS.	LIV.	MANS.	IMPONIBILE G.D.F.	IMPONIBILE CONTRIB.	IMPONIBILE TFR	ALTRI DATI
59	60	61	62	63	64	65	66	67	

ORE ORDINARIE	O. MALATT.	O. INFORTUN.	O. CARENZA	O. FERIE	O. FEST.	O. C.I.G.	O. CONGEDI	O. ASS. GIUST.	O. PER. NON RET.	ALTRI DATI
68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	

DATA INIZIO MAL/INF	FINE MAL/INF	TIPO	RIC.	ORE ASS. ING	G.N.F.	G.N.F. MAL/INF	ALTRI DATI
80	81	82	83	84	85	88	

DATA INIZIO MAL/INF	FINE MAL/INF	TIPO	RIC.	ORE ASS. ING	CONGUAGLIO/RIMBORSO	PREVEDI 1	PREVEDI 2	PREVEDI 3
80	81	82	83	84	85	89	90	91

