



CASSA EDILE DELLA PROVINCIA DI CASERTA
DENUNCIA DEI LAVORATORI OCCUPATI



CODICE IMPRESA C.E.

RAGIONE SOCIALE IMPRESA

CODICE CONSULENTE C.E.

CODICE FISCALE IMPRESA

MESE ANNO

PAGINE ALLEGATE

CANTIERE	DENOMINAZIONE E/O LUOGO CANTIERE	CAP CANTIERE	SITUAZIONE	GIORNO	RETRIBUZIONE IMPONIBILE CANTIERE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INIZIO CANTIERE	COMMITTENTE	TIPO	ATTIVITA'	TRASFERTA	SUBAPPALTO INTERNALE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

TOTALE IMPONIBILE G.N.F.

TOTALE IMPONIBILE CONTRIBUTI

TOTALE IMPONIBILE T.F.R.

RIEPILOGO ORE

 ,
 , 00

 ,

ORDINARIE

RIEPILOGO ACCANTONAMENTI E CONTRIBUTI

		%			
1	ACCANTONAMENTO ORDINARIO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	, 00	ORDINARIE <input type="text"/>
2	ACCANTONAM. MALATTIA E INFORTUNIO		<input type="text"/>	, 00	MALATTIA <input type="text"/>
3	TOT.N.1 + TOT. N.2	TOTALE	<input type="text"/>	, 00	INFORTUNIO <input type="text"/>
4	CONTRIBUTI		<input type="text"/>	, 00	CARENZA <input type="text"/>
5	CONTR. PREVIDENZA COMPLEMENTARE		<input type="text"/>		FERIE <input type="text"/>
6	VARIE:		<input type="text"/>	, 00	FESTIVITA' <input type="text"/>
7	CONTRIBUTO ASSOCIATIVO IMPRESE	0,50	<input type="text"/>	, 00	C.I.G. <input type="text"/>
	CONTRIB. ASS. IMPRESE FUORI PROVINCIA	1,30	<input type="text"/>	, 00	CONGEDI <input type="text"/>
8			<input type="text"/>		ASSENZE GIUSTIFICATE <input type="text"/>
9	TOTALE DA VERSARE	TOT. 3+4+5+6+7	<input type="text"/>	, 00	PERMESSI NON RETRIBUITI <input type="text"/>
10	IMPORTO A CREDITO	IMPORTI IN EURO INTERO	<input type="text"/>		TOTALE ORE <input type="text"/>
			<input type="text"/>		TOTALE LAVORATORI IN DENUNCIA <input type="text"/>

La sottoscritta Impresa dichiara sotto la propria responsabilità civile e penale che i dati esposti sono conformi a verità ed alle dichiarazioni effettuate sui libri paga e matricola, ed autorizza la Cassa Edile al trattamento degli stessi dati, ai sensi della Legge 675-96

La sottoscritta Impresa conferma i propri dati anagrafici contenuti nel modulo di iscrizione alla Cassa Edile (in caso negativo occorre inviare la correzione dei dati)

TIMBRO E FIRMA DELL' IMPRESA



CASSA EDILE DELLA PROVINCIA DI CASERTA
ELENCO DEI LAVORATORI OCCUPATI (da allegare alla denuncia) -



CODICE IMPRESA C.E. RAGIONE SOCIALE IMPRESA MESE ANNO PAGINA DI PAGINE

1

COGNOME <input type="text"/>						NOME <input type="text"/>					
CODICE OPERAIO C.E. <input type="text"/>		CODICE FISCALE <input type="text"/>		DATA DI NASCITA <input type="text"/>		CANTIERE <input type="text"/>		FUORI PROV. <input type="text"/>		ALTRA CASSA <input type="text"/>	
DATA ASSUNZ. <input type="text"/>	TIPO ASS. <input type="text"/>	CESSAZ. <input type="text"/>	TIPO CESSAZ. <input type="text"/>	LIVELLO <input type="text"/>	MANSIONE <input type="text"/>	IMPONIBILE G.N.F. <input type="text"/>	IMPONIBILE CONTRIBUTI <input type="text"/>	IMPON. T.F.R. <input type="text"/>		ALTRI DATI <input type="text"/>	
ORE ORDINARIE <input type="text"/>	ORE MAL. <input type="text"/>	ORE INF. <input type="text"/>	ORE CAR. <input type="text"/>	ORE FERIE <input type="text"/>	ORE FEST. <input type="text"/>	ORE CIG <input type="text"/>	ORE CONG. <input type="text"/>	ORE ASS.GIUST. <input type="text"/>	ORE PERM.N.RETR. <input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
DATA INIZIO MAL/INF. <input type="text"/>	FINE MAL/INF. <input type="text"/>	TIPO <input type="text"/>	RICAD. <input type="text"/>	ORE ASS.ING. <input type="text"/>	RIMBORSO C.E. <input type="text"/>	ACCANTON.ORDINARIO <input type="text"/>		ACCANTON. MAL/INF. <input type="text"/>			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>			
DATA INIZIO MAL/INF. <input type="text"/>	FINE MAL/INF. <input type="text"/>	TIPO <input type="text"/>	RICAD. <input type="text"/>	ORE ASS. ING. <input type="text"/>	RIMBORSO C.E. <input type="text"/>	PREVEDI <input type="text"/>	PREVEDI <input type="text"/>	ACCANT. TFR <input type="text"/>	CONTR. VOLONTARIO <input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1%Operaio <input type="text"/>	1%Impresa <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

PER GLI OPERAI IN MALATTIA O INFORTUNIO ALLEGARE COPIA DELLA BUSTA PAGA E DEL CERTIFICATO MEDICO

LUOGO DI NASCITA <input type="text"/>	INDIRIZZO <input type="text"/>
---------------------------------------	--------------------------------

2

COGNOME <input type="text"/>						NOME <input type="text"/>					
CODICE OPERAIO C.E. <input type="text"/>		CODICE FISCALE <input type="text"/>		DATA DI NASCITA <input type="text"/>		CANTIERE <input type="text"/>		FUORI PROV. <input type="text"/>		ALTRA CASSA <input type="text"/>	
DATA ASSUNZ. <input type="text"/>	TIPO ASS. <input type="text"/>	CESSAZ. <input type="text"/>	TIPO CESSAZ. <input type="text"/>	LIVELLO <input type="text"/>	MANSIONE <input type="text"/>	IMPONIBILE G.N.F. <input type="text"/>	IMPONIBILE CONTRIBUTI <input type="text"/>	IMPON. T.F.R. <input type="text"/>		ALTRI DATI <input type="text"/>	
ORE ORDINARIE <input type="text"/>	ORE MAL. <input type="text"/>	ORE INF. <input type="text"/>	ORE CAR. <input type="text"/>	ORE FERIE <input type="text"/>	ORE FEST. <input type="text"/>	ORE CIG <input type="text"/>	ORE CONG. <input type="text"/>	ORE ASS.GIUST. <input type="text"/>	ORE PERM.N.RETR. <input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
DATA INIZIO MAL/INF. <input type="text"/>	FINE MAL/INF. <input type="text"/>	TIPO <input type="text"/>	RICAD. <input type="text"/>	ORE ASS.ING. <input type="text"/>	RIMBORSO C.E. <input type="text"/>	ACCANTON.ORDINARIO <input type="text"/>		ACCANTON. MAL/INF. <input type="text"/>			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>			
DATA INIZIO MAL/INF. <input type="text"/>	FINE MAL/INF. <input type="text"/>	TIPO <input type="text"/>	RICAD. <input type="text"/>	ORE ASS. ING. <input type="text"/>	RIMBORSO C.E. <input type="text"/>	PREVEDI <input type="text"/>	PREVEDI <input type="text"/>	ACCANT. TFR <input type="text"/>	CONTR. VOLONTARIO <input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1%Operaio <input type="text"/>	1%Impresa <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

PER GLI OPERAI IN MALATTIA O INFORTUNIO ALLEGARE COPIA DELLA BUSTA PAGA E DEL CERTIFICATO MEDICO

LUOGO DI NASCITA <input type="text"/>	INDIRIZZO <input type="text"/>
---------------------------------------	--------------------------------

3

COGNOME <input type="text"/>						NOME <input type="text"/>					
CODICE OPERAIO C.E. <input type="text"/>		CODICE FISCALE <input type="text"/>		DATA DI NASCITA <input type="text"/>		CANTIERE <input type="text"/>		FUORI PROV. <input type="text"/>		ALTRA CASSA <input type="text"/>	
DATA ASSUNZ. <input type="text"/>	TIPO ASS. <input type="text"/>	CESSAZ. <input type="text"/>	TIPO CESSAZ. <input type="text"/>	LIVELLO <input type="text"/>	MANSIONE <input type="text"/>	IMPONIBILE G.N.F. <input type="text"/>	IMPONIBILE CONTRIBUTI <input type="text"/>	IMPON. T.F.R. <input type="text"/>		ALTRI DATI <input type="text"/>	
ORE ORDINARIE <input type="text"/>	ORE MAL. <input type="text"/>	ORE INF. <input type="text"/>	ORE CAR. <input type="text"/>	ORE FERIE <input type="text"/>	ORE FEST. <input type="text"/>	ORE CIG <input type="text"/>	ORE CONG. <input type="text"/>	ORE ASS.GIUST. <input type="text"/>	ORE PERM.N.RETR. <input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
DATA INIZIO MAL/INF. <input type="text"/>	FINE MAL/INF. <input type="text"/>	TIPO <input type="text"/>	RICAD. <input type="text"/>	ORE ASS.ING. <input type="text"/>	RIMBORSO C.E. <input type="text"/>	ACCANTON.ORDINARIO <input type="text"/>		ACCANTON. MAL/INF. <input type="text"/>			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>			
DATA INIZIO MAL/INF. <input type="text"/>	FINE MAL/INF. <input type="text"/>	TIPO <input type="text"/>	RICAD. <input type="text"/>	ORE ASS. ING. <input type="text"/>	RIMBORSO C.E. <input type="text"/>	PREVEDI <input type="text"/>	PREVEDI <input type="text"/>	ACCANT. TFR <input type="text"/>	CONTR. VOLONTARIO <input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1%Operaio <input type="text"/>	1%Impresa <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

PER GLI OPERAI IN MALATTIA O INFORTUNIO ALLEGARE COPIA DELLA BUSTA PAGA E DEL CERTIFICATO MEDICO

LUOGO DI NASCITA <input type="text"/>	INDIRIZZO <input type="text"/>
---------------------------------------	--------------------------------