
 Nr. pratica

 Data arrivo


CASSA EDILE
DELLA PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

MODULO DENUNCIA – RICHIESTA RIMBORSO MALATTIA/INFORTUNIO

Ditta _____ codice C.E. _____
 al signor _____ nato il _____
 abitante a _____
 codice C.E. _____ Codice Fiscale _____,
 Qualifica _____ Paga oraria _____ Data assunzione _____
 incidente extraprofessionale? (SI o NO) _____ incidente stradale? (SI o NO) _____
 trimestre di riferimento _____.

(i tre mesi precedenti il mese di inizio dell'inabilità)

| | |
|-------------------------------------|-------|
| Ore ordinarie di lavoro | _____ |
| Ore di malattia/infortunio | _____ |
| Ore di C.I.G. | _____ |
| Ore per ferie e permessi retribuiti | _____ |
| (altre retribuite) _____ | _____ |
| TOTALE ORE nel trimestre | _____ |

Orario settimanale applicato nel periodo denunciato: ore _____

NB: per eventuali ore denunciate presso altre Casse Edili nel trimestre di riferimento, si dovrà allegare fotocopia della denuncia di accantonamento –regolarmente quietanziata- presentata alla Cassa Edile interessata (elenco dei lavoratori occupati + denuncia dei lavoratori occupati).

RISERVATO CASSA EDILE

Lavoratore

Ditta

Signor _____ nato il _____

MALATTIA iniziata il: _____ Nuova Continuazione Fine

Periodo denunciato: da _____ a _____ = giorni _____

| Prospetto liquidazione MALATTIA | Giorni NON Liquidati | Giorni LIQUIDATI | Importo giornaliero richiesto in rimborso |
|--|----------------------------|---------------------|---|
| Primi 3 gg. per malattia fino a 6 giorni | | | |
| Primi 3 gg. per malattia superiore a 6 e fino a 12 giorni | | | |
| Primi 3 gg. per malattia superiore a 12 giorni | | | |
| Dal 4° al 20° giorno indennizzati INPS | | | |
| Dal 21° al 180° giorno indennizzati INPS | | | |
| Dal 181° al 365° giorno NON indennizzati INPS (270° giorno per operai con anzianità inferiore a 3 anni e mezzo) | | | |

TOTALE _____

INFORTUNIO del: _____ Nuova Continuazione Fine

Periodo denunciato: da _____ a _____ = giorni _____

| Prospetto liquidazione INFORTUNIO | Giorni NON Liquidati | Giorni LIQUIDATI | Importo giornaliero richiesto in rimborso |
|-----------------------------------|----------------------------|---------------------|---|
| Dal 1° al 90° giorno | | | |
| Dal 91° giorno a fine infortunio | | | |

TOTALE _____

Il sottoscritto legale rappresentante, consapevole delle responsabilità penali (art. 640 C.P.), DICHIARA:

- Di aver corrisposto integralmente al lavoratore beneficiario il trattamento chiesto in rimborso con la presente domanda;
- Che i dati esposti nella presente domanda sono conformi alla verità ed alle registrazioni dei libri paga e matricola;
- Di osservare ed applicare integralmente il vigente C.C.N.L. per gli operai dipendenti dalle imprese edili ed affini, unitamente agli accordi locali integrativi, nonché lo statuto della Cassa Edile della Provincia di Trento.

Allega **copia leggibile** della documentazione medica

(luogo e data)

(timbro e firma)