

Mod. DOMI (denuncia operai ammalati ed infortunati) MESE DI \_\_\_\_\_

IMPRESA
---------

Elenco degli Operai per i quali sono state erogate somme a titolo di prestazioni per malattia, infortunio o malattia professionale, di cui si chiede il rimborso alla Cassa Edile.

**Alla  
CASSA EDILE  
di TRAPANI**

CODICE	COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	QUAL.	EVENTO	PERIODO DI ASSENZA

Tipografia DI CARO - Trapani

**NOTE PER L'IMPRESA - ALLEGARE** | MALATTIA: 1) Prospetti di calcolo; 2) Copia dei certificati medici; 3) Copia prospetto indennità malattia a carico INPS  
INFORTUNIO: 1) Prospetto di calcolo; 2) Copia dei certificati medici

La sottoscritta impresa dichiara, sotto la propria responsabilità, che i dati riportati nel presente prospetto sono conformi a quelli trascritti sul libro paga, ed autorizza ora per allora la Cassa Edile ad agire nei propri confronti per il recupero delle somme pagate per prestazioni, malattia, infortunio o malattia professionale, nel caso che, nei termini previsti dal Contratto Integrativo Provinciale di Lavoro non ottemperi all'accantonamento delle Ferie, Riposi Anni e Gratifica Natalizia ed al versamento dei contributi così come previsti dal Contratto Integrativo Provinciale stesso.

TIMBRO E FIRMA DELL'IMPRESA

\_\_\_\_\_

IMPRESA COD. \_\_\_\_\_

LAVORATORE COD. \_\_\_\_\_

La sottoscritta Impresa dichiara che per il Lavoratore ammalato od infortunato nel periodo relativo al mese di \_\_\_\_\_ sono state denunciate le ore in appresso indicate per il trimestre dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Ore lavoro ordinario	Ore perm. e ferie	Ore mal. Inf./M.P.	Ore C.I.G.	TOTALE

Data assunzione \_\_\_\_\_ Totale ore N. \_\_\_\_\_ (A)

Data di nascita \_\_\_\_\_ Qual. \_\_\_\_\_

Evento \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**MALATTIA** (orario settimanale 40 ore)

L. \_\_\_\_\_ (\*) x 0,3795 x 6,66 (4/20) = L. \_\_\_\_\_ x gg. \_\_\_\_\_ = L. \_\_\_\_\_

L. \_\_\_\_\_ (\*) x 0,1565 x 6,66 (21/180) = L. \_\_\_\_\_ x gg. \_\_\_\_\_ = L. \_\_\_\_\_

L. \_\_\_\_\_ (\*) x 0,5495 x 6,66 (181/270) = L. \_\_\_\_\_ x gg. \_\_\_\_\_ = L. \_\_\_\_\_

**CARENZA**

L. \_\_\_\_\_ x 0,5495 x 6,66 x gg. \_\_\_\_\_ (Malattia superiore a 7 giorni) = L. \_\_\_\_\_

L. \_\_\_\_\_ x 1,0495 x 6,66 x gg. \_\_\_\_\_ (Malattia superiore a 14 giorni) = L. \_\_\_\_\_

**TOTALE PRESTAZIONE EROGATA L. \_\_\_\_\_ (B)**

**INFORTUNIO**

L. \_\_\_\_\_ x 0,2538 x 5,71 (4/90) = L. \_\_\_\_\_ x gg. \_\_\_\_\_ = L. \_\_\_\_\_

L. \_\_\_\_\_ x 0,0574 x 5,71 (90/\_\_\_\_\_) = L. \_\_\_\_\_ x gg. \_\_\_\_\_ = L. \_\_\_\_\_

**TOTALE PRESTAZIONE EROGATA L. \_\_\_\_\_ (B)**

Importo di cui si chiede il rimborso, al 100% o proporzionalmente ridotto in relazione alle ore maturate nel trimestre precedente [ es. (A x B) ÷ 450 ] L. \_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO ALLA CASSA EDILE**

**MALATTIA**

L. \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ = L. \_\_\_\_\_

L. \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ = L. \_\_\_\_\_

L. \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ = L. \_\_\_\_\_

L. \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ = L. \_\_\_\_\_

TOTALE L. \_\_\_\_\_

L. \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ = L. \_\_\_\_\_

450

**INFORTUNIO**

L. \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ = L. \_\_\_\_\_

L. \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ = L. \_\_\_\_\_

L. \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ = L. \_\_\_\_\_

L. \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ = L. \_\_\_\_\_

TOTALE L. \_\_\_\_\_

L. \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ = L. \_\_\_\_\_

450

Tipografia DI CARO - TRAPANI

**RIMBORSATO IN DATA** \_\_\_\_\_

L. \_\_\_\_\_

(\*) - La paga oraria è costituita da: Paga Base + Contingenza + Indennità Territoriale di settore + E.E.T. (Per le prestazioni l'E.D.R. non va considerato)