

Alla CASSA EDILE di TRAPANI

SPAZIO RISERVATO AGLI UFFICI

Mod. **DOMI** (Denuncia Operai Ammalati ed Infortunati)

MESE di _____

IMPRESA

**ELENCO DEGLI OPERAI PER I QUALI SONO STATE EROGATE
SOMME A TITOLO DI PRESTAZIONE PER MALATTIA
INFORTUNIO O MALATTIA PROFESSIONALE DI CUI SI
CHIEDE IL RIMBORSO ALLA CASSA EDILE.**

CODICE	COGNOME e NOME	DATA di NASCITA	QUAL.	EVENTO	PERIODO di ASSENZA

NOTE PER L'IMPRESA - DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE:

MALATTIA: 1. PROSPETTI DI CALCOLO; 2. COPIA LEGGIBILE DEI CERTIFICATI MEDICI; 3. COPIA PROSPETTO INDENNITA' MALATTIA A CARICO DELL'INPS; 4. COPIA BUSTA.

INFORTUNIO: 1. PROSPETTI DI CALCOLO; 2. COPIA PROSPETTO INDENNITA' INFORTUNIO INAL; 3. COPIA BUSTA PAGA.

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 e 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 C.I.P. stesso.

data _____

timbro e firma _____