

Via Marini, 28
59100 PRATO

Vogliate effettuare il rimborso della indennità giornaliera dovuta al nostro dipendente indicato nella presente

- DENUNCIA DI
- malattia
 - infortunio
 - malattia professionale
 - infortunio extra professionale

La sottoscritta impresa

dichiara che il proprio dipendente.....

nato il con qualifica:

- | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| operaio di 4° livello | <input type="checkbox"/> | operaio specializzato | <input type="checkbox"/> | operaio qualificato | <input type="checkbox"/> |
| operaio comune | <input type="checkbox"/> | apprendista | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

risulta inabile al lavoro nel periodo sottoindicato:

DATA DI INIZIO INABILITÀ.....	
In caso di guarigione entro il mese	ULTIMO GIORNO DI INABILITÀ.....
Nel caso che il lavoratore risulti ancora inabile alla fine del mese.	ALLA FINE DEL MESE DIRISULTA ANCORA INABILE CON PROGNOSI FINO AL.....

La sottoscritta impresa dichiara che non sono stati indennizzati i giorni

..... per il seguente motivo

- mancanza di certificazione medica
- ritardo nell'invio della certificazione medica
- altro motivo

La sottoscritta impresa dichiara che nel mese precedente la data di inizio della inabilità sono state registrate a carico del lavoratore n° ore di assenza ingiustificata assoggettate alle sanzioni previste dal Contratto Nazionale di Lavoro.

CONTRASSEGNARE CON UNA CROCETTA LE SPECIFICHE PERTINENTI

La sottoscritta impresa dichiara che nel trimestre solare precedente l'inizio della inabilità il lavoratore:

ha prestato n°..... ore di lavoro ordinario
ha usufruito di n°..... ore di permesso retribuito
" " n°..... ore di permesso per riposi annui
" " n°..... ore di permesso per motivi sindacali
" " n°..... ore di sosta con richiesta di Cassa Integrazione Guadagni
" " n°..... giorni lavorativi per ferie

ha percepito il trattamento economico per n° festività.

è stato assente per malattia o infortunio per n° giorni

Da indicare solo nella prima denuncia di ogni periodo di inabilità

La sottoscritta impresa dichiara inoltre che il lavoratore è assunto

a tempo pieno

a part time di n° ore settimanali.

La sottoscritta impresa dichiara sotto la propria responsabilità che il periodo di inabilità sopra specificato corrisponde a quello indicato nel libro paga.

La sottoscritta impresa si impegna a dare tempestiva comunicazione dei conguagli operati dall'I.N.P.S. ed in particolare a comunicare i giorni di inabilità riconosciuti indennizzabili in più o in meno rispetto a quelli denunciati ed indennizzati dall'impresa.

La sottoscritta impresa dichiara di rimanere responsabile nei confronti della Cassa Edile Pratese per eventuali danni subiti dalla medesima Cassa per effetto di dati errati contenuti nella presente denuncia.

DATA.....

.....
(timbro e firma dell'impresa)

Allegati - certificati medici attestanti l'intero periodo di inabilità denunciato
- copia del prospetto di liquidazione dell'indennità di malattia INPS