

**PROSPETTO LIQUIDAZIONE INFORTUNIO**

La sottoscritta impresa:

Denominazione \_\_\_\_\_

Codice Cassa Edile \_\_\_\_\_

comunica i dati relativi all'**infortunio** del proprio dipendente al quale è stato corrisposto il trattamento economico giornaliero previsto dal C.C.N.L. in caso di infortunio/malattia professionale di cui si chiede il rimborso nella misura dovuta.

IMPORTO CORRISPOSTO € .....

**LAVORATORE**

Cognome Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Codice \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_

Data assunzione: \_\_\_\_\_ Data licenziamento: \_\_\_\_\_

Inizio malattia dal ...../...../..... al ...../...../.....  nuova  seguito  fine

**DOCUMENTI ALLEGATI**

- Copia denuncia INAIL
- Prospetto paga mese di .....

Luogo e data \_\_\_\_\_

In fede

(Timbro e firma)

**Spazio riservato alla C.E.N.A.I.**

ORE DENUNCIATE NEL TRIMESTRE SOLARE PRECEDENTE					
Mese	Ore lav. ordinarie	Ore malattia	Perm. retrib. o ferie godute	C.I.G.	Ore totali
1° mese					
2° mese					
3° mese					
<b>Totali</b>					

CALCOLO GIORNI DI MALATTIA DA INDENNIZZARE					
Giorni complessivi di infortunio	Periodo		Giorni	Importo	
	dal 4° al 90°gg				
	dal 90°gg in poi				

Indennità intera da rimborsare su 450 ore del trimestre solare precedente alla malattia

€ .....

Modello CN006