



Spettabile
C.E.N.A.I.
Direzione Amministrativa
Viale Marche, 27 73100 Lecce

PROSPETTO LIQUIDAZIONE MALATTIA

La sottoscritta impresa:

Denominazione

Codice Cassa Edile

comunica i dati relativi alla malattia del proprio dipendente al quale è stato corrisposto il trattamento economico giornaliero previsto dal C.C.N.L. in caso di 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

Certificato medico dal/...../..... al/...../.....

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					
Totali					

CALCOLO GIORNI DI MALATTIA DA INDENNIZZARE

Giorni complessivi di malattia	Periodo	Giorni	Importo
Giorni da detrarre	dal 1° al 3° gg (sup. 7gg)		
Giorni da indennizzare	dal 1° al 3° gg (sup. 14gg)		
	dal 4° al 20° gg (sup. 7gg)		
	Dal 21° al 180° gg (sup. 7gg)		
	Dal 181° al 270° gg		
	Dal 1° al 270° gg (apprendista)		

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

€

Modello CN005