

RICHIESTA PER RIMBORSO MALATTIA/INFORTUNIO

IMPRESA

CODICE FISCALE IMPRESA

CODICE CASSA EDILE

MESE DI

Si comunica che per il mese su evidenziato è stata corrisposta l'anticipazione per malattia, infortunio e malattia professionale ai sotto elencati lavoratori per i quali si richiede il rimborso ai sensi del CCNL dell'Edilizia.

N.	COGNOME E NOME LAVORATORE	DATA DI NASCITA	PERIODO MALATTIA O INFORTUNIO	IMPORTO RICHIESTO
1			Dal al	
2			Dal al	
3			Dal al	
4			Dal al	
5			Dal al	
6			Dal al	
7			Dal al	
8			Dal al	
9			Dal al	
10			Dal al	

ALLEGATI:

- CERTIFICATI MEDICI che coprano tutto l'evento per il quale si richiede il rimborso;
- COPIA DELLA BUSTA PAGA dalla quale si evince l'effettiva durata della malattia e l'entità del rimborso effettuato dall'Impresa al lavoratore;
- Documentazione comprovante l'effettivo versamento al lavoratore di quanto dovuto dall'Impresa per il periodo di malattia/infortunio (ad es. copia del bonifico effettuato).

La richiesta va presentata entro e non oltre 3 mesi dal verificarsi dell'evento.

Luogo e data

Timbro e Firma dell'Impresa