*Ragione sociale impresa* RICHIESTA DI RIMBORSO DEL TRATTAMENTO INTEGRATIVO DI INFORTUNIO SUL LAVORO O DI MALATTIA PROF.LE POSTO A CARICO DELLA CASSA EDILE DI BENEVENTO

Periodo mensile di paga cui si riferisce la richiesta

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

LAVORATORE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NATO A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_IL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CODICE FISCALE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_LIVELLO DI INQUADRAMENTO\_\_\_\_\_\_\_\_\_ORARIO SETTIMANALE LAVORO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA ASSUNZIONE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TIPO EVENTO\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA INIZIO EVENTO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATA FINE EVENTO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indicare se si tratta di ricaduta: SI NO

Indicare se si tratta di lavoratore in prova SI NO

ORE DENUNCIATE PER IL TRIMESTRE SOLARE SCADUTO PRIMA DELL’INIZIO DELL’EVENTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| MESE | OREORDINARIE | ORE MALATTIA | ORE INFORT. | ORE CARENZA | ORE FERIE | ORE FESTIV | OREC.I.G | ORE PERMRETRIB. | ORE TOTALI |
| 1°MESE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2°MESE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3°MESE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TOTALI |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**PERIODO INDENNIZZATO NEL MESE: DAL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

La sottoscritta impresa dichiara che i dati sopraesposti sono veritieri e conformi alle registrazioni effettuate sui libri paga e matricola.

Allega inoltre alla presente i seguenti documenti:

* Copia certificato medico
* Copia busta paga del mese di riferimento
* Copia del relativo bonifico
* Copia denuncia d’infortunio presentata all’INAIL
* In caso di visita fiscale, copia ricevuta richiesta VMC con fattura INPS e quietanza di pagamento (F24)

Data…………………………………...

(Firma del legale rappresentante)

---------------------------------------------

*N.B. Il presente modulo dovrà essere inviato, nei termini di cui al Regolamento Malattia presente sul ns sito, al seguente indirizzo pec : ufficiodenunce@cassaedilebnpec.it*