

Mese  Anno  Codice Edilcassa  Pr  Ragione Sociale

**Dati identificativi del lavoratore**

Prog  Codice  Cognome  Nome  data di nascita  Codice Fiscale  Data assunzione  Data cessazione

**Ore denunciate nel mese di competenza**

Cantiere	Rapporto	Mansione	Livello	Ordinarie	Malattia	Infortunio	Ferie	Festivita'	C.I.G.	Rip. Annui	Perm. si	Ass. sin	Altre	Codice	Altre	Codice	Totale ore	Ore nel mese
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Imponibile ed accantonamenti GNF**

Imponibile  G.N.F. ordinario  G.N.F. mal/inf  P. oraria  Imponibile T.F.R.  Contribuzione Impresa  Contribuzione Lavoratore  Quota TFR

**Dati relativi a periodi di malattia od infortunio**

Data Inizio	Data Fine	Tipo	Ricaduta	Sanzioni	Rimborso richiesto
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Dati identificativi del lavoratore**

Prog  Codice  Cognome  Nome  data di nascita  Codice Fiscale  Data assunzione  Data cessazione

**Ore denunciate nel mese di competenza**

Cantiere	Rapporto	Mansione	Livello	Ordinarie	Malattia	Infortunio	Ferie	Festivita'	C.I.G.	Rip. Annui	Perm. si	Ass. sin	Altre	Codice	Altre	Codice	Totale ore	Ore nel mese
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Imponibile ed accantonamenti GNF**

Imponibile  G.N.F. ordinario  G.N.F. mal/inf  P. oraria  Imponibile T.F.R.  Contribuzione Impresa  Contribuzione Lavoratore  Quota TFR

**Dati relativi a periodi di malattia od infortunio**

Data Inizio	Data Fine	Tipo	Ricaduta	Sanzioni	Rimborso richiesto
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Dati relativi a periodi di malattia od infortunio**

Data Inizio	Data Fine	Tipo	Ricaduta	Sanzioni	Rimborso richiesto
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

