



EDILCASSA

Cassa Edile Regionale per l'Artigianato e le Piccole Imprese della Sicilia – 90139 Palermo

Via F.sco Crispi, 258 – Tel 091 336943 – Fax 091 6129135 – E-Mail edilcassa@tiscali.it C.F. 97135960827

LA SOTTOSCRITTA IMPRESA DICHIARA CHE PER I SEGUENTI LAVORATORI AMMALATI O INFORTUNATI NEL PERIODO DI PAGA RELATIVO AL MESE DI _____ SONO STATE DENUNCIATE ORE APPRESSO INDICATE PER IL TRIMESTRE _____⁽¹⁾

COGNOME E NOME	CAUSALE ASSENZA (2)	ORE DI LAVORO ORDINARIO (3)	ORE DI PERMESSO RETRIBUITO E DI FERIE GODUTE (4)	ORE DI MALATTIA O INFORTUNIO O MALATTIA PROFESSIONALE (5)	ORE DI SOSTA CON RICHIESTA DI INTERVENTO C.I.G. (6)	TOTALE

- (1) Indicare il trimestre scaduto alla fine del mese precedente il mese di inizio della malattia (es. gennaio-marzo nel caso di malattia iniziata in Aprile)
- (2) Indicare "M" per la malattia; "I" per infortunio e "MP" per la malattia professionale
- (3) Indicare per il trimestre il numero complessivo delle ore di lavoro ordinario, per le quali è stato versato il contributo alla Edilcassa o che comunque sono state denunciate alla Cassa stessa per l'effettuazione del versamento del contributo.
- (4) Permessi per riposi annui di cui alla lettera B) dell'art. 7 del c.c.n.l., permessi per motivi sindacali di cui all'art. 89 c.c.n.l., altri permessi comunque retribuiti, ore di ferie godute
- (5) Indicare le ore di malattia o di infortunio per le quali è corrisposto il trattamento economico integrativo o sostitutivo da parte dell'impresa nonché quelle comprese nei tre gironi di carenza di trattamento INPS
- (6) Vanno computate tutte le ore perdute per le quali sia stata fatta la richiesta di intervento C.I.G.

TIMBRO E FIRMA DELL'IMPRESA
