Cassa Assistenza Lavoratori Edili delle Cooperative della Provincia di Bologna
Via Michelino, 71 – Tel.051.510699 – Fax. 051.510774 – e-mail: info@calecbologna.it

PROSPETTO LIQUIDAZIONE MALATTIA

COOP.VA_____ **CODICE OPERAIO** _____

Cognome nome _____ nato il _____

Malattia iniziata il _____ ricaduta sì – no

Assenza dal _____ al _____

Livello _____ Superminimo personale _____

Note: ore di carenza lavorate _____ festa del patrono _____

Giorni non coperti da certificato medico _____

Calcolo retribuzione media giornaliera

Retribuzione lorda	_____	:	**gg.**	_____	=	**€.**_____
Rateo lordo gratif.	_____	:	**12**	:_____	=	**€.**_____
Retribuzione media giornaliera					=	**€.**_____

LIQUIDAZIONE MALATTIA

	Indennizzati		**Non indennizzati**		**importo**
50%	gg._____	.	gg. _____	**€.**	_____
2/5 50%	gg._____		gg. _____	**€.**	_____
66,66%	gg._____	.	gg. _____	**€.**	_____
2/5 66,66%	gg._____		gg. _____	**€.**	_____
_____	gg._____		gg. _____	**€.**	_____
Totale	**gg.**_____		**gg.** _____	**€.**	_____

Malattia definita sì ☐

Malattia definita no ☐

Timbro e firma

_____