

\_\_\_\_\_  
Nr. pratica

\_\_\_\_\_  
Data arrivo



**CASSA EDILE  
DELLA PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO**

## **MODULO DENUNCIA – RICHIESTA RIMBORSO MALATTIA/INFORTUNIO**

Ditta \_\_\_\_\_ codice C.E. \_\_\_\_\_  
 al signor \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_  
 abitante a \_\_\_\_\_  
 codice C.E. \_\_\_\_\_  
 Qualifica \_\_\_\_\_ Paga oraria \_\_\_\_\_ Data assunzione \_\_\_\_\_  
 incidente extraprofessionale? (SI o NO) \_\_\_\_\_ incidente stradale? (SI o NO) \_\_\_\_\_  
 trimestre di riferimento \_\_\_\_\_.

Ore ordinarie di lavoro	_____
Ore di malattia/infortunio	_____
Ore di C.I.G.	_____
Ore per ferie e permessi retribuiti	_____
(altre retribuite) _____	_____
<b>TOTALE ORE nel trimestre</b>	_____

Orario settimanale applicato nel periodo denunciato: ore \_\_\_\_\_

NB: per eventuali ore denunciate presso altre Casse Edili nel trimestre considerato, si dovrà allegare copia della relativa denuncia di accantonamento quietanziata.

---

**RISERVATO CASSA EDILE**

Lavoratore

Ditta

Signor \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

MALATTIA iniziata il: \_\_\_\_\_  Nuova  Continuazione  Fine

Periodo denunciato: da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ = giorni \_\_\_\_\_

Prospetto liquidazione MALATTIA	Giorni NON Liquidati	Giorni LIQUIDATI	Importo giornaliero richiesto in rimborso
Primi 3 gg. Per malattia fino a 7 giorni			
Primi 3 gg. Per malattia superiore a 7 e fino a 14 giorni			
Primi 3 gg. Per malattia superiore a 14 giorni			
Dal 4° al 20° giorno indennizzati INPS			
Dal 21° al 180° giorno indennizzati INPS			
Dal 181° al 270° giorno NON indennizzati INPS			

**TOTALE** \_\_\_\_\_

INFORTUNIO del: \_\_\_\_\_  Nuova  Continuazione  Fine

Periodo denunciato: da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ = giorni \_\_\_\_\_

Prospetto liquidazione INFORTUNIO	Giorni NON Liquidati	Giorni LIQUIDATI	Importo giornaliero richiesto in rimborso
Dal 4° al 90° giorno			
Dal 91° giorno a fine infortunio			

**TOTALE** \_\_\_\_\_

Il sottoscritto legale rappresentante, consapevole delle responsabilità penali (art. 640 C.P.), DICHIARA:

- Di aver corrisposto integralmente al lavoratore beneficiario il trattamento chiesto in rimborso con la presente domanda;
- Che i dati esposti nella presente domanda sono conformi alla verità ed alle registrazioni dei libri paga e matricola;
- Di osservare ed applicare integralmente il vigente C.C.N.L. per gli operai dipendenti dalle imprese edili ed affini, unitamente agli accordi locali integrativi, nonché lo statuto della Cassa Edile della Provincia di Trento.

Allega **copia leggibile** della documentazione medica

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma)