

ALL/01-I

Alla CASSA EDILE DI  
BRESCIA

CAPE							
	Codice		Cod. Ricaduta	Rimb. Diaria	Rimb. Ditta	ESAM.	PROT.
	Ore %	Protocollo	Detrazioni				REG.

Impresa:

Lavoratore:

Qualifica:

Data assunzione:

Malattia relativa al mese di

Dal al

Data ripresa lavoro:

Ultimo giorno lavorato prima dell'evento:

Continuazione

Somma anticipata al lavoratore a titolo di  
indennita' integrativa:

N° copie certificati medici allegati:

Allegati:

- Copia denuncia INAIL

- Copia contratto Part-Time

Patrono: ..... ( indicare il GG )

Se l'operaio nel trimestre precedente l'evento e' stato iscritto presso un'altra  
Cassa Edile indicare quale ed il numero di ore denunciate presso la stessa:

CASSA EDILE DI ..... ore denunciate N° .....

LA SOTTOSCRITTA IMPRESA DICHIARA CHE QUANTO SOPRA INDICATO, E GIA' ANTICIPATO A  
MEZZO DENUNCIA TELEMATICA, CORRISPONDE AL VERO.

Data .....

Timbro e Firma

Inviare il presente modulo alla Cape, anche a mezzo fax o posta elettronica,  
unitamente alle copie dei certificati medici relativi a malattie o infortuni a  
integrazione della denuncia telematica.