

RAGIONE SOCIALE IMPRESA:

Spett.le
CASSA EDILE GENOVESE

VERIFICA REQUISITI LAVORATORI PER INDENNIZZO CARENZA MALATTIA

Table with 5 columns: N, COGNOME, NOME, DATA DI NASCITA, PERIODO (DAL, AL). Rows 1-4.

Table with 1 column: ESITO. Rows 1-4.

Genova, / /

Timbro e firma dell'impresa

Timbro e firma C.E.G.

Avvertenze: L'allegato 2 "RICHIESTA RIMBORSO PER INDENNIZZO CARENZA MALATTIA" deve essere compilato mensilmente dall'impresa, sottoscritto e trasmesso alla Cassa Edile Genovese non oltre i 90 giorni dalla data di scadenza del mese cui il pagamento si riferisce, pena decadenza.

RAGIONE SOCIALE IMPRESA:
--------------------------

Spett.le  
**CASSA EDILE GENOVESE**

**RICHIESTA RIMBORSO PER INDENNIZZO CARENZA MALATTIA**

MESE DI: \_\_\_\_\_

Con la presente si richiede il rimborso dell'indennizzo per "carenza malattia" da noi anticipata per i lavoratori qui di seguito elencati, si allegano i relativi certificati medici:

N	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	PERIODO	RIMBORSO RICHIESTO
				DAL AL	
1					EURO
N	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	PERIODO	RIMBORSO RICHIESTO
				DAL AL	
2					EURO
N	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	PERIODO	RIMBORSO RICHIESTO
				DAL AL	
					EURO
N	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	PERIODO	RIMBORSO RICHIESTO
				DAL AL	
4					EURO

**TOTALE RIMBORSO  
 RICHIESTO EURO**

\_\_\_\_\_

Genova, / /

*Timbro e firma dell'impresa*

**Avvertenze:** Il presente modulo deve essere compilato mensilmente dall'impresa, sottoscritto e trasmesso alla Cassa Edile Genovese **non oltre i 90 giorni dalla data di scadenza** del mese cui il pagamento si riferisce, **pena decadenza.**