

INFORTUNIO

MODULO PERVENUTO IL

**CASSA MUTUA EDILE
DELLA PROVINCIA DI BOLOGNA**VIA DEL PORTO 30 - 40122 BOLOGNA
Tel. 051236139 - Fax 051237625
info@cmebologna.it - www.cmebologna.it**DENUNCIA INDIVIDUALE DI ASSENZA DAL LAVORO
PER INFORTUNIO O MALATTIA PROFESSIONALE**Numero di iscrizione della ditta
.....

Codice lavoratore

Agli effetti della disciplina delle prestazioni delle Casse Edili in caso di infortunio o malattia professionale di cui al Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro e al Contratto Integrativo Provinciale di Lavoro vigenti

la sottoscritta Impresa.....

dichiara che il lavoratore

nato il Livello di inquadramento ved. punto 27 note elenco lavoratori occupati

alle proprie dipendenze dal è stato stato assente per

 Infortunio sul lavoro dal al Malattia professionale dal al Barrare se l'infortunio è dovuto a incidente stradale Allega certificati medici attestanti il periodo di inabilità temporanea.**RETRIBUZIONE ORARIA DI FATTO:**

Paga Base - Indennità di contingenza -

Indennità territoriale di settore €

Eventuali superminimi €

..... €

..... €

TOTALE RETRIBUZIONE ORARIA

- Giorni di carenza di indennizzo da parte dell'INAIL (Vanno considerate tutte le giornate di calendario, comprese le domeniche e le festività a ore 5,71 per ogni giornata).

€

n.

ORE DENUNCIATE NEL TRIMESTRE SCADUTO ALLA FINE DEL MESE PRECEDENTE L'INIZIO DELL'INFORTUNIO O DELLA MALATTIA PROFESSIONALE (1).

Ore di lavoro ordinario (2)	Ore di permessi retribuiti e di ferie godute (3)	Ore di Malattia o Infortunio o Malattia Professionale (4)	Ore di sosta con richiesta di intervento C.I.G. (5)	Ore di festività residue (6)	TOTALE

ORE DI ASSENZA INGIUSTIFICATA DELL'OPERAIO - SOGGETTA AI PROVVEDIMENTI DISCIPLINARI - NEL MESE DI CALENDARIO PRECEDENTE L'INIZIO DELL'INFORTUNIO O DELLA MALATTIA PROFESSIONALE

La Ditta deve inoltre indicare obbligatoriamente se il lavoratore NON ha superato il periodo di prova stabilito dal c.c.n.l. vigente e se il lavoratore è addetto a lavori discontinui o di semplice attesa o custodia.

Nei casi ricorrenti, si prega pertanto di indicare "X" nella casella corrispondente.

 NON ha superato il periodo di prova; **È ADDETTO a lavori discontinui o di semplice attesa o custodia**

IMPORTO EROGATO AL LAVORATORE

€

La ditta dichiara sotto la propria responsabilità che i dati riportati nel presente prospetto sono esatti come da documenti in suo possesso.

in Fede

....., li
(sede della ditta).....
(data)

v. avvertenze nel retro

.....
(timbro e firma della ditta)

N O T E

- (1) - Indicare nelle varie caselle i dati relativi al trimestre scaduto alla fine del mese precedente il mese di inizio dell'infortunio o della malattia professionale. (es. Evento iniziato in GIUGNO - trimestre da prendere in considerazione: MARZO+MAGGIO).
 - (2) - Indicare per il trimestre il numero complessivo delle ore di **lavoro ordinario** per le quali è stato versato il contributo alla Cassa Edile o che comunque sono state denunciate alla Cassa stessa per l'effettuazione del versamento del contributo.
 - (3) - Permessi per riposi annui; permessi per motivi sindacali; altri permessi comunque retribuiti; ferie godute.
 - (4) - Indicare le ore di malattia o infortunio per le quali è corrisposto un trattamento economico integrativo o sostitutivo da parte dell'Impresa nonchè quelle comprese nei tre giorni di carenza di trattamento INPS - INAIL.
 - (5) - Vanno computate tutte le ore perdute per le quali sia stata fatta la richiesta di intervento C.I.G.
 - (6) - Festività residue.
- Negli elementi della retribuzione oraria di fatto **non devono mai** essere inclusi: la percentuale (10%) per gratifica natalizia, l'elemento distinto della retribuzione (EDR), l'indennità sostitutiva di mensa, l'indennità di vestiario e di trasporto.