Alla CASSA EDILE FCR

COMUNICAZIONE OPERAI AMMALATI / INFORTUNATI

_____ _____
mese ***anno***

Codice

IMPRESA _____ [ ]

Cognome Nome	Data nascita			Data inizio			Tipo	Periodo di assenza		Ricad.	Cont.
	GG	MM	AA	GG	MM	AA	M / I	Dal	Al	S/N	S/N

La sottoscritta impresa dichiara sotto la propria responsabilità che i dati nel presente prospetto sono esatti e che i periodi di assenza per malattia/infortunio sono quelli risultanti dai certificati medici prodotti dall'operaio, di cui si allega copia.
Si impegna inoltre a trasmettere entro 30 giorni la documentazione pervenuta per eventuali conguagli posti a carico del lavoratore. Dichiara inoltre, sotto la propria responsabilità civile e penale, di aver corrisposto mensilmente ai sopra indicati lavoratori la retribuzione totale a norma dei contratti collettivi di lavoro per i dipendenti delle imprese edili.

TIMBRO E FIRMA DELL'IMPRESA

_____