Edilcassa Sicilia

Cassa Edile Regionale per l'Artigianato e le Piccole Imprese della Sicilia

MOD. CIGO_APP

RICHIESTA CIGO DIPENDENTI APPRENDISTI

CODICE IMPRESA | RAGIONE SOCIALE IMPRESA

MESE | ANNO | CODICE FISCALE/PARTITA IVA IMPRESA

cod. cantiere | descrizione lavori

comune cantiere

ELENCO MENSILE DIPENDENTI APPRENDISTI IN CIGO

1 cod. dip. | cognome e nome

C.F.

giorno	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTALE ORE
ore																																
evento																																

TOTALE IMPORTO RETRIBUZIONE €

2 cod. dip. | cognome e nome

C.F.

giorno	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTALE ORE
ore																																
evento																																

TOTALE IMPORTO RETRIBUZIONE €

SPORTELLO UNICO PREVIDENZIALE: CERAPIDS
Via F.sco Crispi, 258 90139 Palermo – C.F. 97135960827 Tel 091 336943 – Fax 091 6129135
E-Mail edilcassa@tiscalinet.it - www.edilcassasicilia.it

Edilcassa Sicilia

MOD. CIGO_APP

Cassa Edile Regionale per l'Artigianato e le Piccole Imprese della Sicilia

3	cod. dip.						cognome e nome	

C.F.

giorno	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTALE ORE
ore																																
Evento*																																

TOTALE IMPORTO RETRIBUZIONE €

* indicare nella casella "Evento" la tipologia come sotto specificato:

1 = gelo/disgelo
2 = pioggia
3 = nebbia/foschia
4 = neve
5 = vento
6 = alte temperature
7 = altro

➢ **Documentazione allegata alla presente richiesta**

○ **autorizzazione INPS per analogo intervento a favore personale operaio**

○ **altra documentazione:** ○ **documentazione comprovante l'evento**

○ **dichiarazione sostitutiva atto notorietà**

○ **busta paga lavoratore apprendista del mese in cui è presente l'evento CIGO**

N.B. La sottoscritta azienda dichiara che gli importi sopra descritti sono stati già anticipati al proprio personale apprendista con la retribuzione del mese di _____

La sottoscritta azienda dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità

_____
Luogo e data

Timbro e firma dell'impresa

SPORTELLO UNICO PREVIDENZIALE: CERAPIDS
Via F.sco Crispi, 258 90139 Palermo – C.F. 97135960827 Tel 091 336943 – Fax 091 6129135
E-Mail edilcassa@tiscalinet.it - www.edilcassasicilia.it