

Pos. Nr. ....

IMPRESA .....

Via .....Nr. ....

ENTE CASSA - SCUOLA EDILE - CPT M.A.F.S. EN

Cod. Fiscale 80000090862

Contrada Misericordia Km. 104+400 S.S. 121

Tel. 0935/24969 - 26003 - Fax 0935 500552

PEC: [serviziistituzionali@pec.cassaedileenna.it](mailto:serviziistituzionali@pec.cassaedileenna.it)

94100 ENNA

### Prospetto di liquidazione indennità di malattia - infortunio - malattia professionale

Lav. .... nato il ..... Via ..... Città .....

Inizio Evento il ..... Malattia o Infortunio dal ..... al ..... livello .....

INDENNITA' MALATTIA	Riserv. Cassa
1. Paga oraria (*) € ..... X 6,66 X 0,500 X gg ..... = € ..... Carenza per malattia superiore a 6 giorni	€ .....
2. Paga oraria (*) € ..... X 6,66 X 1,000 X gg ..... = € ..... Carenza per malattia superiore a 12 giorni	€ .....
3. Paga oraria (*) € ..... X 6,66 X 0,330 X gg ..... = € ..... Dal 4° al 20° giorno di malattia ind. dall'INPS	€ .....
4. Paga oraria (*) € ..... X 6,66 X 0,107 X gg ..... = € ..... Dal 21° al 180° giorno di malattia ind. dall'INPS	€ .....
5. Paga oraria (*) € ..... X 6,66 X 0,500 X gg ..... = € ..... (**) Dal 181° al 270° - 365°(**) giorno di malattia per le giornate non indennizzate dall'INPS	€ .....
<b>TOTALE €..... (B)</b>	€ .....

INDENNITA' INFORTUNIO O MALATTIA PROFESSIONALE	Riserv. Cassa
1. Paga oraria (*) € ..... X 5,71 X 0,234 X gg ..... = € ..... Dal 2° al 90° giorno di infortunio	€ .....
2. Paga oraria (*) € ..... X 5,71 X 0,045 X gg ..... = € ..... Dal 91° giorno in poi di infortunio	€ .....
<b>TOTALE €..... (B)</b>	€ .....

ORE DEL TRIMESTRE PRECEDENTE INIZIO EVENTO					
Lavoro ordinario	permesso retribuito e ferie godute	festività	Mal. - Inf. o Malattia prof.	C.I.G.	TOTALE (A)
ore .....	ore .....	ore .....	ore .....	ore .....	ore .....

(\*) La paga oraria è costituita da: Totale A - EDR (vedi tabelle paga in vigore).

(\*\*) Dal 271° al 365° giorno di malattia, lav. con anzianità aziendale sup. 3 anni.

Data di assunzione il .....

Indennità INTERA €.....

Indennità RIDOTTA = (A) ore ..... X (B) €..... = Importo di cui si chiede il rimborso €.....  
ore 450

<b>IMPORTO RIMBORSATO</b>
€.....

Da inviare entro il 2° mese successivo all'evento

a mezzo PEC: [serviziistituzionali@pec.cassaedileenna.it](mailto:serviziistituzionali@pec.cassaedileenna.it)

TIMBRO E FIRMA DELL'IMPRESA