

Codice Nr. ....

**IMPRESA** .....

**VIA** .....

.....

**MESE DI** .....

**ENTE CASSA - SCUOLA EDILE - CPT**

(M.A.F.S.EN)

Codice fiscale 80000090862

C/da Misericordia Km. 104+400 S.S. 121 CT-PA

**94100 ENNA**

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

Si comunica che nel mese su evidenziato è stata corrisposta l'anticipazione per malattia, infortunio e malattia professionale ai sotto segnati lavoratori e per i quali si richiede il rimborso ai sensi dell'accordo del **9 marzo 2015**

	COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	QUALIFICA	PERIODO MALATTIA O INFORTUNIO	IMPORTO RICHiesto	Riservato alla CASSA EDILE	
						Importo verificato	Nr. D.O.M.I.
1				dal            al			
2				dal            al			
3				dal            al			
4				dal            al			
5				dal            al			
6				dal            al			
7				dal            al			
8				dal            al			
9				dal            al			
10				dal            al			
<b>TOTALE €.</b>							

DATA .....

Protocollo Nr. ....

del .....

**TIMBRO E FIRMA DELL'IMPRESA**

.....