RAGIONE SOCIALE IMPRESA …………………………………………………………………………

MOD. 3G\_01

Spett.le

**CASSA EDILE ALESSANDRIA**

Corso XX Settembre 37/A

15121 ALESSANDRIA

CODICE IMPRESA C.E. ……………………………

**VERIFICA REQUISITI PER INDENNIZZO CARENZA MALATTIA PRIMI TRE GIORNI**

MESE DI …………………………………………………..

Con la presente si richiede il rimborso dell’indennizzo per “carenza malattia primi tre giorni” da noi anticipata per i lavoratori di seguito elencati,

si allegano i relativi certificati medici e copie delle buste paga:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N | ***Cognome*** | ***Nome*** | ***data di nascita*** | ***periodo*** | ***rimborso richiesto*** |  | ***ESITO*** | ***data rimborso*** |
| 1 |  |  |  |  | Euro |  |  |  |
| N | ***Cognome*** | ***Nome*** | ***data di nascita*** | ***periodo*** | ***rimborso richiesto*** |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  | Euro |  |  |  |
| N | ***Cognome*** | ***Nome*** | ***data di nascita*** | ***periodo*** | ***rimborso richiesto*** |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  | Euro |  |  |  |
| N | ***Cognome*** | ***Nome*** | ***data di nascita*** | ***periodo*** | ***rimborso richiesto*** |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |

Alessandria, li ………………………………………..

*Timbro e firma dell’impresa Timbro e firma C.E. AL*