

DATI IMPRESA :

Codice Ditta _____ **Ragione Sociale** _____

Codice fiscale _____ **CCNL : Industria** **Artigiano** _____

operai in CIG INPS si _____ n° autorizzazione _____ **del** _____
no _____

DATI CANTIERE :

Via _____ **Comune** _____ **Pv** _____

Committente _____

Genere lavori _____

DATA INIZIO CANTIERE _____ **FINE PRESUNTA** _____

DATI APPRENDISTI :

Cod. operaio _____ **Cognome** _____ **Nome** _____ **Codice fiscale** _____

calendario	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
ore perse *																															
Tipo evento **																															

paga oraria (a) _____ **quota oraria cig (b)** _____ **tot. Ore** _____ = **C.I.G. da rimborsare** _____

Cod. operaio _____ **Cognome** _____ **Nome** _____ **Codice fiscale** _____

calendario	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
ore perse *																															
Tipo evento **																															

paga oraria (a) _____ **quota oraria cig (b)** _____ **tot. Ore** _____ = **C.I.G. da rimborsare** _____

Cod. operaio _____ **Cognome** _____ **Nome** _____ **Codice fiscale** _____

calendario	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
ore perse *																															
Tipo evento **																															

paga oraria (a) _____ **quota oraria cig (b)** _____ **tot. Ore** _____ = **C.I.G. da rimborsare** _____

NOTE : * ore perse: indicare il n° di ore CIG in corrispondenza del giorno di calendario in cui si è verificato l'evento
** tipo evento: indicare il numero corrispondente alla tipologia di evento come sotto specificato
1. gelo/disgelo 2. pioggia 3. nebbia 4. neve 5. vento 6. alte temperature 8. altro _____

a) paga oraria : indicare la retribuzione oraria lorda comprensiva della percentuale di accantonamento
b) Quota oraria CIG: indicare la quota della paga oraria nei limiti del massimale INPS

Documentazione allegata :

- Autorizzazione INPS per analogo intervento a favore di personale operaio Copie buste paga apprendisti
 Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà Altra documentazione

La sottoscritta impresa dichiara sotto la propria responsabilità civile e penale che i dati esposti sono conformi a verità.

Luogo e data _____

Timbro e firma Impresa _____

PROTOCOLLO N. _____ DEL _____

CIG MUT REG. CONTRIBUTIVA
 INPS METEO

v. ufficio _____
v. direzione _____
importo da liquidare € _____