

Codice EBAP: .....  
 Matricola INPS: .....

IMPRESA ..... con sede in ..... Via/Piazza ..... n° .....  
 Periodo dal ..... al ..... CCNL Applicato ..... Tel. ....

**ALLEGATO ALLA RICHIESTA DI PRESTAZIONE**

Lavoratore Cognome Nome	LIV./ CAT.	Retribuzione Oraria Lorda*	Orario di Lavoro Settimanale	Numero ORE non lavorate					Totale ORE
				1° Sett.	2° Sett.	3° Sett.	4° Sett.	5° Sett.	
1.		€ .....	ore n° ..... P.T. <input type="checkbox"/>						
2.		€ .....	ore n° ..... P.T. <input type="checkbox"/>						
3.		€ .....	ore n° ..... P.T. <input type="checkbox"/>						
4.		€ .....	ore n° ..... P.T. <input type="checkbox"/>						
5.		€ .....	ore n° ..... P.T. <input type="checkbox"/>						
6.		€ .....	ore n° ..... P.T. <input type="checkbox"/>						
7.		€ .....	ore n° ..... P.T. <input type="checkbox"/>						
8.		€ .....	ore n° ..... P.T. <input type="checkbox"/>						
9.		€ .....	ore n° ..... P.T. <input type="checkbox"/>						
10.		€ .....	ore n° ..... P.T. <input type="checkbox"/>						

Luogo e Data, .....  
 .....  
 (Timbro e firma del Titolare/Legale Rappresentante)

**NOTE:** da presentare a consuntivo entro il termine indicato dal presente Regolamento, in allegato alla richiesta di intervento di Sostegno al Reddito.  
 (\*) La retribuzione oraria lorda deve essere incrementata della maggiorazione per la Gratifica Natalizia (8,33%), se prevista dal contratto, per la 14ma (complessivo 16,66%).