

ALLEGATO ALLA RICHIESTA DI PRESTAZIONE

Codice EBAP:
 Matricola INPS:

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

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%).