

Codice EBAP:

Cod. Fiscale Azienda:

ALLEGATO ALLA RICHIESTA DI PRESTAZIONE

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 incrementate della maggiorazione per la Gratifica Natalizia (8,33%)e, se prevista dal contratto, per la 14ma (complessivo 16,66%).