



RIMBORSO PRESTAZIONE CIG APPRENDISTI DEL MESE/ANNO

ELENCO MENSILE DEI DIPENDENTI APPRENDISTI A ORARIO SOSPESO/RIDOTTO PER EVENTI METEOROLOGICI

CANTIERE VIA: _____ LOCALITA': _____ COMUNE: _____ PROVINCIA: _____

LAVORI COMMITTENTE: _____ GENERE LAVORI: _____

IMPRESA DICHIARANTE (Ragione Sociale completa) _____ **CODICE C.E.**

CODICE FISCALE **CON OPERAI IN C.I.G. INPS** SI NO

CODICE C.E.

COGNOME E NOME DELL'APPRENDISTA _____ **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	TOT. ORE (C)		
ORE PERSE *																																		
TIPO EVENTO **																																		

TARIFFA: , **PAGA ORARIA (A)**

CALCOLO: , **QUOTA ORARIA C.I.G. (B)** X **TOT. ORE (C)** = **C.I.G. DA RIMBORSARE**

CODICE C.E.

COGNOME E NOME DELL'APPRENDISTA _____ **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	TOT. ORE (C)	
ORE PERSE *																																	
TIPO EVENTO **																																	

TARIFFA: , **PAGA ORARIA (A)**

CALCOLO: , **QUOTA ORARIA C.I.G. (B)** X **TOT. ORE (C)** = **C.I.G. DA RIMBORSARE**

CODICE C.E.

COGNOME E NOME DELL'APPRENDISTA _____ **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	TOT. ORE (C)	
ORE PERSE *																																	
TIPO EVENTO **																																	

TARIFFA: , **PAGA ORARIA (A)**

CALCOLO: , **QUOTA ORARIA C.I.G. (B)** X **TOT. ORE (C)** = **C.I.G. DA RIMBORSARE**

Note:
 * **ORE PERSE:** indicare esclusivamente le sospensioni per CIG relative all'intera giornata di lavoro.
 ** **TIPO EVENTO:** indicare il numero corrispondente all'evento atmosferico di cui alla seguente tipologia:
 1. pioggia 2. gelo/disgelo 3. nebbia/foschia 4. neve 5. vento 6. alte temperature 7. altro: _____
 (A) **PAGA ORARIA:** indicare la retribuzione oraria lorda del mese degli eventi, comprensiva della percentuale di accantonamento 18,50%.
 (B) **QUOTA ORARIA C.I.G.:** indicare la "quota" della paga oraria riparametrata con i criteri dall'INPS (80%).
 (C) **TOTALE ORE:** indicare la somma di tutte le ore di assenza CIG rilevate nel singolo mese e nel singolo cantiere per ogni apprendista.

Documentazione allegata alla presente richiesta (barrare l'ipotesi che ricorre):

Copia richiesta e copia autorizzazione INPS per analogo intervento a favore di personale operaio occupato nello stesso periodo e nello stesso cantiere. Copia Busta paga

Modulo dichiarazione sostitutiva attestante la sospensione per CIG e la corresponsione del relativo trattamento.

VERIFICHE C.E.	
CIG MUT	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Reg. Contr.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Busta paga	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Doc. INPS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Meteo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Totale Euro	_____
V. Ufficio	_____
V. Direzione	_____

Luogo e Data _____ Timbro e firma dell'Impresa _____



**ALLEGATO AL MODULO CIG APPRENDISTI
DEL MESE/ANNO**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 - T.U. approvato con D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Ai sensi e per gli effetti degli articoli 38 e 47 del D.P.R.445/2000, consapevole della responsabilità penale in caso di false dichiarazioni

IL SOTTOSCRITTO

COGNOME NOME

NATO IL A PROV. NAZIONE

CODICE FISCALE IN QUALITA' DI:
(Titolare, Legale Rappr., ecc.)

DELLA DITTA **CODICE C.E.**

CON SEDE NEL COMUNE DI PROV.

C.A.P. VIA N°

consapevole delle conseguenze penali in caso di falsa dichiarazione con conseguente decadenza da eventuali benefici ottenuti,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, che i lavoratori sotto specificati iscritti in Azienda nel Libro Unico del Lavoro con la qualifica di apprendista, hanno sospeso/ridotto la loro attività lavorativa a causa delle condizioni atmosferiche avverse verificatesi nel cantiere nei giorni del singolo mese indicati sul Modulo CIG della Cassa Edile Provincia Cagliari quale richiesta di rimborso della prestazione CIG già anticipata in busta paga ai medesimi lavoratori.

COGNOME E NOME <input type="text"/>	NATO IL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	CODICE C.E. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
COGNOME E NOME <input type="text"/>	NATO IL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	CODICE C.E. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
COGNOME E NOME <input type="text"/>	NATO IL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	CODICE C.E. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Ai sensi e per gli effetti del D.lgs n°196 del 30/06/2003, si autorizza il trattamento dei propri dati per le finalità previste dallo Statuto e dal Regolamento della Cassa Edile della Provincia di Cagliari .

Luogo e Data

Timbro e Firma
