



Assistedil Ancona

CODICE IMPRESA					RAGIONE SOCIALE IMPRESA										MESE / ANNO			PAG.		DIPAGG.		
----------------	--	--	--	--	-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------	--	--	------	--	---------	--	--

COGNOME										NOME									
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CODICE OPERAIO C.E.					CODICE FISCALE										DATA DINASCITA			CANT.	FUORI PROV.	ALTRA CASSA		
---------------------	--	--	--	--	----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----------------	--	--	-------	-------------	-------------	--	--

DATA ASSUNZIONE			TIPO ASS.	CESSAZ.		TIPO CESS.	LIV.		MANS.		IMPONIBILE G.N.F.			IMPONIBILE CONTRIB.			IMPONIBILE TFR			ALTRI DATI		
-----------------	--	--	-----------	---------	--	------------	------	--	-------	--	-------------------	--	--	---------------------	--	--	----------------	--	--	------------	--	--

ORE ORDINARIE		O.MALATT.		O.INFORTUN.		O.CARENZA		O.FERIE		O.FEST.		O.C.J.G.		O.CONGEDI		O.ASS.GIUST.		O.PER.NON RET.		ALTRI DATI		
---------------	--	-----------	--	-------------	--	-----------	--	---------	--	---------	--	----------	--	-----------	--	--------------	--	----------------	--	------------	--	--

DATA INIZIO MAL/INF			FINE MAL/INF		TIPO	R.C.	ORE ASS.ING.		CONGUAGLIO / RIMBORSO			G.N.F.			G.N.F. MAL/INF			ALTRI DATI		
DATA INIZIO MAL/INF			FINE MAL/INF		TIPO	R.C.	ORE ASS.ING.		CONGUAGLIO / RIMBORSO			RETRIB. ORARIA								

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

COGNOME										NOME									
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CODICE OPERAIO C.E.					CODICE FISCALE										DATA DINASCITA			CANT.	FUORI PROV.	ALTRA CASSA		
---------------------	--	--	--	--	----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----------------	--	--	-------	-------------	-------------	--	--

DATA ASSUNZIONE			TIPO ASS.	CESSAZ.		TIPO CESS.	LIV.		MANS.		IMPONIBILE G.N.F.			IMPONIBILE CONTRIB.			IMPONIBILE TFR			ALTRI DATI		
-----------------	--	--	-----------	---------	--	------------	------	--	-------	--	-------------------	--	--	---------------------	--	--	----------------	--	--	------------	--	--

ORE ORDINARIE		O.MALATT.		O.INFORTUN.		O.CARENZA		O.FERIE		O.FEST.		O.C.J.G.		O.CONGEDI		O.ASS.GIUST.		O.PER.NON RET.		ALTRI DATI		
---------------	--	-----------	--	-------------	--	-----------	--	---------	--	---------	--	----------	--	-----------	--	--------------	--	----------------	--	------------	--	--

DATA INIZIO MAL/INF			FINE MAL/INF		TIPO	R.C.	ORE ASS.ING.		CONGUAGLIO / RIMBORSO			G.N.F.			G.N.F. MAL/INF			ALTRI DATI		
DATA INIZIO MAL/INF			FINE MAL/INF		TIPO	R.C.	ORE ASS.ING.		CONGUAGLIO / RIMBORSO			RETRIB. ORARIA								

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

COGNOME										NOME									
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CODICE OPERAIO C.E.					CODICE FISCALE										DATA DINASCITA			CANT.	FUORI PROV.	ALTRA CASSA		
---------------------	--	--	--	--	----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----------------	--	--	-------	-------------	-------------	--	--

DATA ASSUNZIONE			TIPO ASS.	CESSAZ.		TIPO CESS.	LIV.		MANS.		IMPONIBILE G.N.F.			IMPONIBILE CONTRIB.			IMPONIBILE TFR			ALTRI DATI		
-----------------	--	--	-----------	---------	--	------------	------	--	-------	--	-------------------	--	--	---------------------	--	--	----------------	--	--	------------	--	--

ORE ORDINARIE		O.MALATT.		O.INFORTUN.		O.CARENZA		O.FERIE		O.FEST.		O.C.J.G.		O.CONGEDI		O.ASS.GIUST.		O.PER.NON RET.		ALTRI DATI		
---------------	--	-----------	--	-------------	--	-----------	--	---------	--	---------	--	----------	--	-----------	--	--------------	--	----------------	--	------------	--	--

DATA INIZIO MAL/INF			FINE MAL/INF		TIPO	R.C.	ORE ASS.ING.		CONGUAGLIO / RIMBORSO			G.N.F.			G.N.F. MAL/INF			ALTRI DATI		
DATA INIZIO MAL/INF			FINE MAL/INF		TIPO	R.C.	ORE ASS.ING.		CONGUAGLIO / RIMBORSO			RETRIB. ORARIA								

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

COPIA CASSA EDILE

COPIA PER L'IMPRESA

