Mod.SOSP/01

Alla **Fondazione ENPAIA - Ente Nazionale di Previdenza per gli Addetti e per gli Impiegati in Agricoltura**

Viale Beethoven, 48 - 00144 Roma
Tel. 06/54581 - Call Center 800.010270 - Fax 06/5914444
Internet: www.enpaia.it E.mail: info@enpaia.it

Modulo di denuncia delle sospensioni del rapporto di lavoro

DA RESTITUIRE COMPILATO A MACCHINA O A STAMPATELLO E SOTTOSCRITTO

DATI RELATIVI ALL'AZIENDA

Denominazione

Numero Posizione assicurativa ENPAIA

DATI RELATIVI AL DIPENDENTE

Cognome **Nome**

Matricola ENPAIA **Codice Fiscale**

**** Periodi sospensioni:**
(gg - mm - aa)

					** Cod. Sosp.*
Dal		**al**		-	
Dal		**al**		-	
Dal		**al**		-	
Dal		**al**		-	
Dal		**al**		-	
Dal		**al**		-	
Dal		**al**		-	
Dal		**al**		-	
Dal		**al**		-	
Dal		**al**		-	

*** Codice e tipo sospensione**

(10) Maternità - astensione obbligatoria

(11) Maternità - astensione facoltativa

(12) Maternita - allattamento

(20) Servizio di leva

(30) Malattia retribuita al 50% *(v. CCNL)*

(31) Malattia non retribuita *(v. CCNL)*

(40) Infortunio

(50) Aspettativa sindacale

(51) Aspettativa non retribuita

(60) Assistenza handicappati

(70) Cassa integrazione ordinaria

(71) Cassa integrazione straordinaria

(80) Donazione sangue

****** **Indicare negli appositi spazi il periodo ed il codice relativo alla sospensione**

Dichiarazione di responsabilità

Il/La sottoscritto/a .....

dichiara, ai sensi della legge n. 15 del 31 gennaio 1968 e successive modifiche ed integrazioni, sotto la propria responsabilità civile e penale, che le informazioni e i dati contenuti nel presente modulo sono rispondenti al vero e si impegna a comunicare entro 30 giorni qualsiasi variazione riguardante le situazioni dichiarate.

Data ____/____/_____ Timbro della Ditta e Firma_____