



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

Assicurato (cognome e nome)

Matricola ENPAIA

Data dell' Infortunio

Il sottoscritto
 nella sua qualità di datore di lavoro dell'assicurato in oggetto, consapevole delle responsabilità civili e penali previste dalla legge a carico di chi rilascia dichiarazioni mendaci o commette falsità negli atti o esibisce atti falsi o contenenti dati non corrispondenti al vero

DICHIARA

A)

- che l'assicurato medesimo, a seguito di infortunio, è stato assente dal servizio

dal giorno al giorno compreso.

- che il trattamento economico per l'infortunio previsto dalla vigente contrattazione collettiva è stato corrisposto per intero.

Dichiaro di aver percepito per intero la retribuzione e autorizzo il rimborso all'azienda.

L'assicurato

Il datore di lavoro

.....

.....

La prestazione verrà erogata a mezzo accredito bancario. A tal fine il datore di lavoro è invitato ad indicare:

Banca Agenzia.....

Conto Corrente n. ABI CAB

DA COMPILARE SOLO SE IL TRATTAMENTO ECONOMICO NON E' STATO CORRISPOSTO PER INTERO

B)

- che il trattamento economico per l'infortunio previsto dalla vigente contrattazione collettiva non è stato corrisposto

in misura intera dal giorno al giorno compreso;

L'assicurato

Il datore di lavoro

.....

.....

La prestazione verrà erogata a mezzo accredito bancario. A tal fine l'assicurato è invitato ad indicare:

Banca Agenzia.....

Conto Corrente n. ABI CAB

N.B: La prestazione sarà commisurata alla retribuzione nota a questa Fondazione al verificarsi dell'evento rapportata al periodo di assenza per invalidità temporanea assoluta al lavoro riconosciuta dalla Consulenza medica.

Retribuzione del mese di

C.C.N.L. applicato

Qualifica

Numero mensilità Decorrenza del trattamento economico

Percentuale del lavoro svolto rispetto all'orario contrattuale %

RETRIBUZIONE MENSILE LORDA
(Riferita al mese – intero – dell'infortunio)

Emolumenti contrattuali €

Maggiorazione per n. scatti anticipati di anzianità €

(indicare la data dell'ultimo scatto)

Emolumenti extracontrattuali:

N° Mensilità **

Supeminimo €

Titolo di studio €

Premio di produzione €

Altro €

** Specificare il numero delle mensilità ove l'emolumento sia erogato per un numero diverso da 14.

TOTALE €

L'assicurato

Il datore di lavoro

.....

.....

Timbro della ditta e data

.....

DA RESTITUIRE COMPILATO A MACCHINA O A STAMPATELLO E SOTTOSCRITTO