

ELENCO LAVORATORI RICHIEDENTI

Ragione Sociale _____
P.Iva / C.F. _____
Matricola INPS _____

Legenda causale di sospensione (*)

"A": a causa dell'evento sismico di essere stato impossibilitato a prestare l'attività lavorativa

"B": a causa dell'evento sismico di essere stato impossibilitato a recarsi al lavoro in quanto impegnato nella cura dei famigliari conviventi per infortunio/malattia. (max 30 giorni)

N°	Codice Fiscale	Nome	Cognome	Inizio sospensione	Fine sospensione	N° giornate	verifica	Ore da integrare	Causale (*)	Sisma del
						0	OK			
						0	OK			
						0	OK			
						0	OK			
						0	OK			
						0	OK			
						0	OK			
						0	OK			
						0	OK			
						0	OK			
						0	OK			
						0	OK			
						0	OK			
						0	OK			
						0	OK			
						0	OK			
						0	OK			
						0	OK			
						0	OK			
						0	OK			
						0	OK			
						0	OK			
						0	OK			
						0	OK			