

DITTA _____ COD. CIA _____
 SEDE _____ INDIRIZZO _____

C.I.A. Cassa Integrazione Assistenza
 Via Garibaldi, 70 53100 Siena
 Tel. 0577 530061 Fax 0577 530073 ciasiena@tin.it www.cia.si.it

BANCA _____ FILIALE _____ ABI _____ CAB _____ N° C/C _____
 IBAN _____

RICHIESTA PER INDENNITÀ A FAVORE DEI LAVORATORI DIPENDENTI PER MALATTIA – MATERNITA’ – INFORTUNIO MESE DI _____

Allegati: certificati medici relativi all’evento - busta paga comprovante l'assenza e il rimborso – documenti indicanti l’importo della diaria giornaliera corrisposta dall’ INPS o dall’INAIL

NUM. PROG.	CODICE DIPENDENTE	COGNOME E NOME				DATA DI ASSUNZIONE	% CONTR. INPS a carico del datore di lavoro (3)	TIPO DI ASS.NE (2)	QUALIFICA (1)	MALATTIA SPEDALIZZATA E NON					MATERNITA'	INF.O MALATTIA PROFESS.			TOT. GG.	INDENNITA' POSTA A CARICO INPS LORDIZZATA
		PERIODO EVENTO DAL - AL	TIPO EVENTO (4)	SALARIO MENSILE	SALARIO ORARIO					ORE LAVORATIVE NEL MESE	IMPORTO SALARIO NON RETRIBUITO CAUSA EVENTO	ORE AL 100%	ORE AL 50%	ORE AL 34%		ORE AL 80%	ORE AL 73.32%	ORE AL 100%		
1																				
2																				
3																				
4																				
										TOTALE INDENNITA' POSTA A CARICO CIA										

- (1) **Codice qualifica** - Indicare **01** = operai; **02** = impiegati; **04** = apprendisti impiegati; **05** = apprendisti operai; **06** = lavoratori a domicilio
- (2) **Tipo di assunzione** - Compilare solo in presenza di rapporto di lavoro con contratti particolari (es. L. 56)
- (3) **Contributi INPS** - Indicare la quota di contributi INPS a carico del datore di lavoro per tipo di assunzione
- (4) **Tipo di evento** - Indicare **M** = malattia; **MS** = malattia spedalizzata; **MT** = maternità; **I** = infortunio; **MP** = malattia professionale

*Ai sensi dell’art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679, C.I.A. CASSA INTEGRAZIONE ASSISTENZA, in qualità di Titolare del trattamento dei suoi dati personali, La informa che i dati acquisiti saranno trattati, in modalità informatizzata e non, per l’esecuzione di obblighi di legge o di contratto e per garantire la corretta gestione amministrativa e contabile e che i suoi dati non saranno oggetto di diffusione. Per l’esercizio dei suoi diritti, così come previsto dal Regolamento, può contattarci: Tel. 0577 530061 - ciasiena@tin.it
 L’informativa completa sul trattamento dei dati personali è disponibile sul sito www.cia.si.it.*

DATA _____

TIMBRO E FIRMA DELL'AZIENDA _____