MRR81/10

(***Modulo richiesta rimborso indennità di malattia***)

Spett.le CASSA PORTIERI
C.so Trieste, 10
00198 ROMA

DATI RAPPRESENTANTE LEGALE

Il sottoscritto ..... nella sua qualità di:

❒ **Proprietario** ❒ **Amministratore del condominio** .....

❒ **Legale rappresentante della Società Proprietaria/Amministratrice** (cancellare ciò che non interessa):

Ragione sociale: .....

Indirizzo: (Via/P.zza) ..... n. ..... CAP .....

Località: ..... Prov. .....

Tel ..... / ..... Fax ..... / ..... e@mail .....

DATI IMMOBILE

stabile sito in: (Via/P.zza) ..... n. ..... CAP .....

Località: ..... Prov. .....

DATI RIFERIMENTO AMMINISTRATIVO

con recapito ai fini di questa pratica in (da compilare se diverso da quello indicato sopra):

c/o ..... Via/P.zza ..... CAP .....

Località: ..... Prov. .....

Tel ..... / ..... Fax ..... / ..... e@mail .....

C H I E D E

il **rimborso dell'indennità di malattia** corrisposta ai sensi dell'Art.89 del CCNL 21 aprile 2008 per i dipendenti da proprietari di fabbricati al dipendente sotto indicato inquadrato con profilo (barrare la relativa casella) |a1|a2|a3|a4|__|-|c1|c2|c3|c4|-|d__|

COGNOME ..... NOME .....

CODICE FISCALE: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| DATA ASSUNZIONE ..../..../....

DATA INIZIO MALATTIA:|__|__|/|__|__|/|__|__| - DATA FINE MALATTIA: |__|__|/|__|__|/|__|__|

ELEMENTI DI CALCOLO DELL'INDENNITÀ: RETRIBUZIONE MEDIA LORDA GIORNALIERA € |_____,___| (*) (**)

(*) il campo retribuzione **non deve** essere compilato in caso di applicazione degli importi minimi di 28 € e 31 € previsti dall'Art.89 del CCNL.

(**) tale retribuzione media è determinata dalla somma delle retribuzioni, composte dagli elementi di cui all'Art.90 commi 1 e 2 del CCNL, percepite dal lavoratore negli ultimi 6 mesi precedenti il mese di inizio della malattia diviso 6 e successivamente diviso per 26 e ciò anche in caso di tempo parziale verticale.

GIORNI DI MALATTIA DI CUI SI RICHIEDE IL RIMBORSO:

n°|____| al **56%** della retribuzione di cui sopra (❒ barrare la casella per richiedere l'applicazione del minimo di 28 €)

n°|____| al **68%** della retribuzione di cui sopra (❒ barrare la casella per richiedere l'applicazione del minimo di 31 €)

n°|____| al **73%** della retribuzione di cui sopra (❒ barrare la casella per richiedere l'applicazione del minimo di 31 €)

N.B. *nei contratti a* ***tempo parziale, apprendistato e di lavoro ripartito****, l'indennità giornaliera viene proporzionalmente ridotta, sulla base dell'effettivo orario settimanale prestato nei 6 mesi precedenti l'inizio della malattia (Art.89 co.2; Art.33; Art.36 del CCNL 21/04/08). Nel caso di rapporto a tempo parziale e di lavoro ripartito indicare qui di seguito il numero di ore medio settimanalmente prestato:*

numero di ore medio settimanalmente prestato (Part-Time e Lavoro Ripartito) |_____|

Documentazione allegata e leggibile (barrare le relative caselle)

|1| Certificato medico con prognosi |2| Certificato medico con diagnosi |3| Certificato di ricovero ospedaliero
|4| Certificato dimissione ospedaliera con diagnosi |5| Copia cartella clinica (solo se espressamente richiesta)
|6| Referto Pronto Soccorso (nel caso di infortunio) |7| Copia degli ultimi 6 modelli DM10/2 INPS
|8| Copia dei cedolini paga relativi ai 6 mesi precedenti quello di inizio della malattia (che possono **non essere inviati** in caso di richiesta di indennità che non superi il minimo stabilito dall'Art.89 del CCNL) |9| Copia cedolino/i paga, firmati per ricevuta dal dipendente, relativi ai mesi interessati dal pagamento dell'indennità |10| (Altro) .....

- Le certificazioni di cui ai numeri |2|3|4|5|6|...|(barrare le relative caselle) sono state o saranno inviate direttamente dal dipendente ai sensi dell'Art.17 del Regolamento del Fondo

MODALITÀ DI ACCREDITO DEL RIMBORSO

❒ Bonifico bancario sul c/c IBAN:|__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

intestato a ..... presso (banca, ag.) .....

❒ Versamento sul c/c postale n° ..... intestato a .....

ANNOTAZIONI .....

Data..... Firma.....