

<b>RICHIDENTE</b>	Il sottoscritto _____ nella sua qualità di:
	<input type="checkbox"/> <b>Amministratore</b> <input type="checkbox"/> <b>Consulente</b> _____ del condominio (eventuale nome).
	<input type="checkbox"/> <b>Legale rappresentante della Società Proprietaria</b> <input type="checkbox"/> <b>Proprietario</b>
	Ragione sociale (in caso di società): _____
	Via/P.zza _____ n. _____ CAP. _____
	Località: _____ Prov. _____
	Tel. _____ / _____ e@mail
	con riferimento allo stabile sito in:
<b>DATI IMMOBILE</b>	Via/P.zza _____ CAP. _____ Località _____ Prov. _____
<b>DATI RECAPITO</b>	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. _____ / _____ e@mail

CHIEDE

il **rimborso dell'indennità di malattia** corrisposta ai sensi dell'Art.106 del CCNL 30 ottobre 2025 per i dipendenti da proprietari di fabbricati al dipendente sotto indicato inquadrato con profilo (barrare la relativa casella) a1a2a3a4-c1c2c3c4-d

**COGNOME**..... **NOME**.....

CASCA

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

ELEMENTI DI CALCOLO DELL'INDENNITÀ: RETRIBUZIONE LORDA GIORNALIERA € | (\*)

(\*) la retribuzione linda giornaliera ai fini del calcolo dell'indennità di malattia è pari alla retribuzione mensile linda diviso 26 con esclusione degli elementi straordinari (riproporzionata in caso di part-time).

#### **GIORNI DI MALATTIA DI CUI SI RICHIENDE IL RIMBORSO:**

n°|\_\_\_\_\_| al **65%** della retribuzione di cui sopra (□ barrare la casella per richiedere l'applicazione del minimo di 28 €)

n°|\_\_\_\_\_| al **75%** della retribuzione di cui sopra (□ barrare la casella per richiedere l'applicazione del minimo di 31 €)

**N.B.** nei contratti a **tempo parziale e di lavoro ripartito** l'indennità giornaliera viene proporzionalmente ridotta sulla base dell'effettivo orario settimanale prestato (Artt.106 co.2 e 39 del citato CCNL). 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 caselle interessate)

- [1] Attestazione medica con prognosi [2] Attestazione medica con diagnosi [3] Attestazione di dimissione ospedaliera con diagnosi o relazione di dimissione (in caso di ricovero) [4] Referto del Pronto Soccorso (nel caso di infortunio) [5] Copia cedolino/i paga relativo/i ai mesi interessati dal pagamento dell'indennità [6] (Altro).....

**Nota:** La documentazione obbligatoria per il diritto al rimborso (ai sensi dell'Art.17 del Regolamento del Fondo) non allegata alla presente richiesta è stata inviata in precedenza.

#### **MODALITÀ DI ACCREDITO DEL RIMBORSO**

- Bonifico bancario su c/c IBAN: \_\_\_\_\_ intestato a \_\_\_\_\_ presso banca \_\_\_\_\_

## ANNOTAZIONI

Data.....

Firma.....