MRR81 / 15

(***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.92 del CCNL 12 novembre 2012 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.92 del CCNL.

(**) tale retribuzione media è determinata dalla somma delle retribuzioni, composte dagli elementi di cui all'Art.93 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.92 co.2; Art.35; Art.39 del CCNL 12/11/12). 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| Referto Pronto Soccorso (nel caso di infortunio)

|6| Copia della ricevuta di pagamento dei contributi di assistenza contrattuale (quietanza F24) degli ultimi 3 mesi

|7| 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) |8| Copia cedolino/i paga, firmati per ricevuta dal dipendente, relativi ai mesi interessati dal pagamento dell'indennità |9| (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.....