Mrr81/26

(***Modulo richiesta rimborso indennità di malattia***) (v2)

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

RICHIDENTE

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

❒ **Amministratore** ❒ **Consulente** del condominio (eventuale nome) .....

❒ **Legale rappresentante della Società Proprietaria** ❒ **Proprietario**

Ragione sociale (in caso di società): .....

Via/P.zza ..... n. ..... CAP .....

Località: ..... Prov. .....

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

DATI IMMOBILE

con riferimento allo stabile sito in:

Via/P.zza ..... CAP ..... Località ..... Prov .....

DATI RECAPITO

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 .....

C H I E D E

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 sottoindicato 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 LORDA GIORNALIERA € |_____,___| (*)

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

GIORNI DI MALATTIA DI CUI SI RICHIEDE 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.....