Mrr81/20 (da utilizzare per eventi fino al 31/10/2025)

(*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 (in caso di legale rappresentanza): .....

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

Località: ..... Prov. .....

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

DATI IMMOBILE

stabile / condominio 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 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.
(**) la retribuzione lorda giornaliera ai fini dell'indennità di malattia è pari alla retribuzione mensile lorda (con esclusione degli elementi straordinari) diviso 26 e ciò anche in caso di tempo parziale verticale.

GIORNI DI MALATTIA DI CUI SI RICHIEDE IL RIMBORSO:

n°|____| al **60%** 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 cedolino/i paga relativo/i ai mesi interessati dal pagamento dell'indennità |9| (Altro) .....

- Le certificazioni di cui ai numeri |2|3|4|5|...|(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.....