

DENOMINAZIONE AZIENDA: _____

PERIODO: _____

ELENCO LAVORATORI BENEFICIARI DEL TRATTAMENTO

N.	(1) Unità aziendale	(2) Cognome	(3) Nome	(4) Luogo di nascita	(5) Data di nascita	(6) Codice fiscale	(7) Città domicilio	(8) Indirizzo CAP	(9) Recapito telefonico	(10) Tipologia contratto	(11) % Part-time	(12) % Riduzione oraria	(13) note
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													
26													
27													
28													
29													
30													

LEGENDA:

- (1) CITTA' IN CUI HA SEDE LA SINGOLA UNITA' AZIENDALE
- da (2) a (9) DATI DEL LAVORATORE
- (10) SPECIFICARE LA TIPOLOGIA CONTRATTUALE (T. INDETERMINATO, T.DETERMINATO, APPRENDISTATO, etc.)
- (11) SE ASSUNTO CON CONTRATTO A TEMPO PARZIALE, INDICARE LA PERCENTUALE DI PART TIME
- (12) **SOLO CIG**: INDICARE LA PERCENTUALE DI RIDUZIONE ORARIA APPLICATA
- (13) **SOLO CIG**: EVENTUALI NOTE (ES: DATA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO, ALTRE CAUSE DI SOSPENSIONE DEL RAPPORTO, etc.)