N° autorizzazione
del

FSR

CASSA INTEGRAZIONE ASSISTENZA
Via Garibaldi, 70- Siena tel.0577530061-fax 0577530073
info@cia.si.it - www.cia.si.it

MOD. 20/4

DITTA COD. CIA

INDIRIZZO

BANCA
FILIALE ABI CAB
N° C/C IBAN

RICHIESTA RIMBORSO DELLE INTEGRAZIONI SALARIALI EROGATE AI DIPENDENTI PER SOSPENSIONE DI ATTIVITÁ

N°	CODICE	COGNOME E NOME	Data Assunzione	Qualifica *	Periodo di Sospensione		N° giorni di Sospensione	N°ore integrate	SALARIO ORARIO	SALARIO NON RETRIBUITO (n° ore integrate x salario orario)	SALARIO INTEGRATO 80%
					dal	al					
						TOTALE					

* = **01** operaio - **02** impiegato - **04** apprendista impiegato - **05** apprendista operaio – **01CFL** operai contratto form. lavoro - **02CFL** impiegati contratto form. lavoro - **01L/56** operaio esente contributi INPS

Documenti da allegare:
1) copia delle buste paga con l'erogazione;
2) copia Mod. DM 10/2;
3) copia Mod. F24 quietanzato

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679, C.I.A. CASSA INTEGRAZIONE ASSISTENZA, in qualità di Titolare del trattamento dei suoi dati personali, La informa che i dati acquisiti saranno trattati, in modalità informatizzata e non, per l'esecuzione di obblighi di legge o di contratto e per garantire la corretta gestione amministrativa e contabile e che i suoi dati non saranno oggetto di diffusione. Per l'esercizio dei suoi diritti, così come previsto dal Regolamento, può contattarci: Tel. 0577 530061 - info@cia.si.it
L'informativa completa sul trattamento dei dati personali è disponibile sul sito www.cia.si.it.

DATA TIMBRO E FIRMA DELL'AZIENDA_____