

# FIMIAV

Via Montanini, 92 - SIENA  
Tel. 0577 40514 - Fax 0577 287867

Az. Agr. \_\_\_\_\_

Comune

della Provincia di Siena  
dove è prevalente l'attività dell'Azienda

Cod. Iscrizione \_\_\_\_\_

P. IVA \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

MONTE DEI PASCHI DI SIENA

C/C F.I.M.I.A.V.

presso la Filiale di Siena

IBAN IT66 O 01030 14200 000002947292

Recapito azienda per comunicazioni postali \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Studio, associazione o altro incaricato di elaborare il modello \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

## OPERAI A TEMPO INDETERMINATO E DETERMINATO

G	F	M	A	14 <sup>a</sup>	M	G	L	A	S	O	N	D	13 <sup>a</sup>
---	---	---	---	-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

Barrare le caselle delle mensilità alle quali si riferisce il versamento

Anno \_\_\_\_\_

	COGNOME	NOME	DATA di nascita	CODICE FISCALE	INDIRIZZO	I N D	D E T	Livello	Scatti	Part Time	Ap pre nista	DATA inizio rapp.	DATA fine rapp.	GIORNI retr.	IMPONIBILE	2% CPL 3% No CPL
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
<b>Totali . . .</b>																

LEGENDA LIVELLO: 1 (Specializzato-Super); 2 (Specializzato-Super Intermedio); 3 (Specializzato); 4 (Qualificato Super); 5 (Qualificato); 6 (Comune); 7 (Raccoglitore)

NOTE	Penalità e/o recuperi . . . € _____	<b>TOT. da pagare al FIMIAV € _____</b>
La sottoscritta Azienda dichiara che nei mesi suindicati ha alle proprie dipendenze gli operai in elenco e che applica la normativa contenuta nel contratto provinciale di lavoro e successivi accordi.	TIMBRO E FIRMA DELLA DITTA  _____	TIMBRO DELLA FILIALE PRESSO CUI AVVIENE IL PAGAMENTO  _____