



**FONDAZIONE E.N.P.A.I.A.**  
**Ente Nazionale di Previdenza per gli Addetti e per gli Impiegati in Agricoltura**  
Divisione Attività d'Istituto - Assicurazione Infortuni - tel. 06/5458318.262, fax 06/5458332  
Viale Beethoven, 48 - 00144 ROMA

Assicurato Sig. PAVANETTO CARLO ..... Data dell'infortunio ..... 06.07.2015

Data dell'infortunio 06.07.2015

Il sottoscritto STEFANO ZANETTE

Il sottoscritto ....., nella sua qualità di datore di lavoro dell'assicurato in oggetto, consapevole delle responsabilità civili e penali previste dalla legge a carico di chi rilascia dichiarazioni mendaci o commette falsità negli atti o esibisce atti falsi o contenenti dati non corrispondenti al vero

## DICHIARA

**A) se il trattamento economico è stato corrisposto per intero**

- che l'assicurato medesimo, a seguito di infortunio, è stato assente dal servizio dal giorno ..... al giorno ..... compreso.
- che il trattamento economico per l'infortunio previsto dalla vigente contrattazione collettiva è stato corrisposto per intero.

**Dichiaro di aver percepito per intero la retribuzione e autorizzo il rimborso all'azienda.**

## L'assicurato

## Il datore di lavoro

Il datore di lavoro è invitato ad indicare le coordinate bancarie del conto corrente sul quale dovrà essere accreditato l'importo della prestazione:

Banca..... Agenzia.....

IBAN

**B) se il trattamento economico non è stato corrisposto per intero**

- che il trattamento economico per l'infortunio previsto dalla vigente contrattazione collettiva non è stato corrisposto in misura intera dal giorno ..... al giorno ..... compreso;

## L'assicurato

## Il datore di lavoro

L'assicurato è invitato ad indicare le coordinate bancarie del conto corrente sul quale dovrà essere accreditato l'importo della prestazione:

Banca ..... Agenzia.....

N.B: La prestazione sarà commisurata alla retribuzione nota a questa Fondazione al verificarsi dell'evento rapportata al periodo di assenza per invalidità temporanea assoluta al lavoro riconosciuta dalla Consulenza medica.

Retribuzione del mese di ..... MAGGIO 2015 ..... C.C.N.L. applicato ..... Coop di trasformazione prodotti agricoli .....  
..... Qualifica ..... IMPIEGATO .....  
Numero mensilità <sup>14</sup> ..... Decorrenza del trattamento economico ..... 01.04.2014 .....  
Percentuale del lavoro svolto rispetto all'orario contrattuale <sup>100</sup> ..... %

**RETRIBUZIONE MENSILE LORDA**  
(Riferita al mese – intero – dell'infortunio)

Emolumenti contrattuali	€ ..... 1.747,71 .....
Maggiorazione per n. <sup>5</sup> ..... scatti anticipati di anzianità (indicare la data dell'ultimo scatto) .....	€ ..... 145,30 .....
Emolumenti extracontrattuali	
Superminimo	€ ..... 400,25 ..... **
Titolo di studio	€ ..... .....
Premio di produzione	€ ..... 36,57 .....
Altro	€ ..... .....
<b>TOTALE</b>	<b>€ ..... 2.329,83 .....</b>

\*\* Specificare il numero delle mensilità ove l'emolumento sia erogato per un numero diverso da 14.

Data .....

L'assicurato

Timbro e firma del datore di lavoro