



Il sottoscritto STEFANO ZANETTE  
 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

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

- ## Il datore di lavoro

[illegible]

## Il datore di lavoro

IBAN

1

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	€.....	145,30	
(indicare la data dell'ultimo scatto) ....			
Emolumenti extracontrattuali			
Superminimo	€.....	400,25	..... **
Titolo di studio	€.....		.....
Premio di produzione	€.....	36,57	.....
Altro	€.....		.....
<b>TOTALE</b>	€.....	2.329,83	

\*\* 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

.....

.....