



Persona assicurata

Contratto n.

**Annotazioni del datore di lavoro**

In caso di paga oraria o giornaliera: indicare l'effettiva perdita di lavoro in ore risp. in giorni secondo l'orario di lavoro convenuto nel contratto di lavoro (vedi contratto di lavoro, CCL risp. CNM)

Giorno	gen.	feb.	mar.	apr.	mag.	giu.	lug.	ago.	sett.	ott.	nov.	dic.
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.												
31.												

Ripresa del lavoro	Data	<input type="checkbox"/> A tempo pieno	<input type="checkbox"/> Parzialmente al	%
	Data	<input type="checkbox"/> A tempo pieno	<input type="checkbox"/> Parzialmente al	%
Osservazioni				

Luogo e data

Timbro e firma del datore di lavoro