



Sede EbiPaL
Corso Venezia 51, Palazzo Bovara (2° piano)
20121 Milano (MI)
tel. +39-02-20402068 Fax +39-02-29402191
info@ebipal.it - www.ebipal.it

Modulo Richiesta Rimborso Integrazione INFORTUNIO (M-INF)

Dati ANAGRAFICI LAVORATORE

Cognome* _____ Nome* _____
Nato a _____ il _____ cittadinanza _____
Residente in _____ Pr (____) Cap _____ Città _____
Cod. Fiscale* [____][____][____][____][____][____][____][____][____][____][____][____][____][____][____] Matricola INPS _____
Matricola INAIL _____ assunto il _____ fine rapporto _____ T.D. SI NO
liv.inquadr. _____ rapporto PT % _____ apprendista SI NO fine apprendistato _____

Dati evento infortunio e calcolo rimborso

Tipologia rimborso <input type="checkbox"/> RIMBORSO COMPLETO <input type="checkbox"/> ANTICIPAZIONE/ACCONTO (minimo bimensile) N° _____ <input type="checkbox"/> SALDO	
Estremi evento infortunio: data ed ora del sinistro _____ data guarigione clinica _____	
Descrizione sinistro _____	
Periodo Ricovero: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> data inizio _____ data fine _____ GG. N° _____	
Periodi da decurtare per assenza controlli: GG. N° _____ dal _____ al _____	
Nota bene: Si richiede l'invio del prospetto di liquidazione INAIL appena in possesso	
Importo retribuzione mensile (mese evento)	Nota bene: aliquota INPS (CTR) contributiva utilizzata per calcolo lordizzazione: <input type="checkbox"/> 9,19% = Impiegati e operai di aziende artigiane o aziende industriali con un numero di dipendenti < a 15 <input type="checkbox"/> 9,49% = Impiegati e operai di aziende industriali con un numero di dipendenti > a 15 <input type="checkbox"/> 5,84% = Apprendisti e apprendisti qualificati di aziende artigiane o aziende industriali con un numero di dipendenti < a 15 <input type="checkbox"/> 6,14% = Apprendisti qualificati di aziende industriali con un numero di dipendenti > a 15
Integrazione conto INAIL (nel periodo di liquidazione)	
Importo lordizzato (L) (INAIL x 100 : (100 - CTR))	
Importo retributivo erogato totale per evento, nel rispetto integrale del CCNL e contratto regionale (E)	<input type="checkbox"/> giorni N° [____] <input type="checkbox"/> ore N° [____]
Incidenza ratei 13a e 14a (R)	Calcolare (E x 2/12)
Integrazione carico ditta da rimborsare (E + R - L)	

Dichiarazione Sostitutiva di atto di notorietà per la richiesta di rimborso ad EBIPAL

(i dati della presente dichiarazione possono essere sottoposti a verifica da parte di EBIPAL)

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.76 del D.P.R. 445/2000, dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, di aver preso visione dei regolamenti EBIPAL, delle condizioni generali e particolari per la richiesta di rimborso sopra esposta confermando inoltre che corrispondono al vero i dati e le informazioni contenuti nel presente modulo e nei suoi allegati.

Luogo e data _____

TIMBRO E FIRMA Titolare/Legale Rappresentante _____

Spazio Riservato all'amministrazione EBIPAL

Protocollo [____] data Ricezione [____] Anno competenza [____] Codice Azienda [____]
Verifica regolarità versamenti SI NO Verifica requisiti SI NO Allegati presenti/completi [____]
Data eventuale sospensione [____] Motivazioni [____]
Esito Finale [____] Controllo effettuato da [____] il [____]
Note _____

