



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 MALATTIA (M-MAL)

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 malattia e calcolo rimborso

Tipologia prestazione

(M-MOP) MALATTIA OPERAI (M-MAO) MALATTIA APPRENDISTI OPERAI (M-MAI) MALATTIA APPRENDISTI IMPIEGATI
 (M-MII) MALATTIA IMPIEGATI con anzianità inf. 10 anni (M-MIS) MALATTIA IMPIEGATI con anzianità sup. 10 anni

Tipologia rimborso RIMBORSO COMPLETO ANTICIPAZIONE/ACCONTO (minimo bimensile) N° [____] SALDO

Estremi evento malattia: data inizio _____ data fine _____ Integrazione INPS si no evento nell'anno N° _____

Codice identificativo dell/i certificato/i di malattia [____][____][____] [____][____][____] [____][____][____]

Periodo Ricovero: si no data inizio _____ data fine _____ GG. N° _____

Periodi da decurtare per assenza controlli: GG. N° _____ dal _____ al _____

Importo retribuzione mensile (mese evento)

Integrazione conto INPS (nel periodo di liquidazione)

Importo lordizzato (L) (INPS x 100 : (100 - CTR))

Nota bene: aliquota INPS (CTR) contributiva utilizzata per calcolo lordizzazione:
 9,19% = Impiegati e operai di aziende artigiane o aziende industriali con un numero di dipendenti < a 15
 9,49% = Impiegati e operai di aziende industriali con un numero di dipendenti > a 15
 5,84% = Apprendisti e apprendisti qualificati di aziende artigiane o aziende industriali con un numero di dipendenti < a 15
 6,14% = Apprendisti qualificati di aziende industriali con un numero di dipendenti > a 15

Importo retributivo erogato totale per evento, nel rispetto integrale del CCNL e contratto regionale (E)

Integrazione al 100%
 giorni N° [____]
 ore N° [____]

Integrazione al 50%
 giorni N° [____]
 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 _____

