

Richiesta di rimborso VISITE MEDICHE AZIENDALI



Fondo Indennità Salariati Lavoratori Agricoli Subordinati

LISTA DEI DIPENDENTI SOTTOPOSTI A VISITA MEDICA AZIENDALE

Tot. dipendenti sottoposti a visita medica

N. fattura
imponibile

data Fattura
tot. Fattura

N.	Cognome e nome dipendente	C.F. Dipendente	Data assunzione	Data cessazione	TIPOLOGIA DI VISITA	COSTO UNITARIO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						