

**SOCIETA'** \_\_\_\_\_

**ANNO 2014**
**NUMERO ADDETTI E ORE ANNUE NON LAVORATE RETRIBUITE : DETTAGLIO**
**Del totale 2014 delle ore non lavorate retribuite (modulo 3A pag.2- lett.a), specificare l'ammontare annuo delle sole ore relative ai titoli seguenti:**

	"A" Quadri	"A" Non Quadri	"A 1"	Tecnici e Amm.tivi	Esazione	Impianti	Viabilità Traffico e Sicurezza	Sala Radio	TOTALI
Malattia									
Portatori di handicap/ Assistenza a portatori di handicap (L. n. 104/1992)									
Congedo parentale									
Cure termali									
Infortunio									
Studio (esami universitari/150 ore)									
Amministratori locali/ Consiglieri di parità									
Congedo matrimoniale									
Permessi/distacchi sindacali									

\* \* \*

**Anno 2014: N.ro ore teoriche aziendali lavorabili annue procapite:** \_\_\_\_\_

**Anno 2014: N.ro ore medie procapite di ferie e permesso retribuito non godute:** \_\_\_\_\_