

Modulo da utilizzare solo in caso di impossibilità di accesso ai servizi online di Inail.
Compilare, stampare, firmare e allegare il modulo al messaggio di posta elettronica certificata insieme alla copia di un documento valido di identità.



ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE
CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

ALLA SEDE INAIL- PEC* _____

DENUNCIA NOMINATIVA ASSICURATI SOCI / COLLABORATORI / COADIUVANTI
ARTIGIANI E NON ARTIGIANI
(art. 4, numeri 6 e 7 T.U. 1124/1965 - art. 23 d.p.r 30/06/1965 n. 1124 come modificato ed
integrato dall'art. 39 com ma 8 D.L. 112/2008)

Codice fiscale ditta

Posizione assicurativa ditta

Codice fiscale

Cognome

Nome

Data inizio rischio

Data fine rischio

Retribuzione €

Collaboratore Coadiuvante Socio

Codice fiscale

Cognome

Nome

Data inizio rischio

Data fine rischio

Retribuzione €

Collaboratore Coadiuvante Socio

Codice fiscale

Cognome

Nome

Data inizio rischio

Data fine rischio

Retribuzione €

Collaboratore Coadiuvante Socio

Data presentazione

Firma del responsabile della ditta

*Gli indirizzi di posta Elettronica Certificata (PEC) sono reperibili sul Sito Inail al seguente percorso:
www.inail.it > Inail Regioni > Cerca la sede competente.