| Codice fiscale ditta                  |      |                                        |             |             |
|---------------------------------------|------|----------------------------------------|-------------|-------------|
| Codice ditta (ompilare se conosciuto) | c.c. | Codice P.A.T (compilare se conosciuto) | c.c.        | Denuncia N. |
|                                       | ·    |                                        | <del></del> |             |

| OGGETTO ASSICURATO                                                                                     |                                         |              |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------|-------|
| amiliare / Socio F O S O                                                                               | Codice fiscale                          |              |       |
| ognome                                                                                                 | Nome                                    |              |       |
| ata di nascita (GG/MM/AAAA)                                                                            |                                         |              |       |
|                                                                                                        | Comune                                  |              |       |
|                                                                                                        | Data fine rischio (GG/MM/AAAA)          |              |       |
| ESCRIZIONE ATTIVITÀ - Lavorazione principale                                                           |                                         |              |       |
| ESCRIZIONE ATTIVITA - Lavorazione principale                                                           |                                         |              |       |
|                                                                                                        |                                         |              |       |
|                                                                                                        |                                         |              |       |
| OGGETTO ASSICURATO                                                                                     |                                         |              |       |
| amiliare / Socio F O S O                                                                               | Codice fiscale                          |              |       |
| ognome                                                                                                 | Nome                                    |              |       |
| ata di nascita (GG/MM/AAAA)                                                                            | Sesso O M OF Luogo di nascita           |              |       |
| omicilio                                                                                               | Comune                                  |              | Prov. |
| ata inizio rischio (GG/MM/AAAA)                                                                        | Data fine rischio (GG/MM/AAAA)          | Retribuzioni |       |
| ESCRIZIONE ATTIVITÀ - Lavorazione principale                                                           |                                         |              |       |
|                                                                                                        |                                         |              |       |
|                                                                                                        |                                         |              |       |
|                                                                                                        |                                         |              |       |
| OGGETTO ASSICURATO                                                                                     |                                         |              |       |
|                                                                                                        | Codice fiscale                          |              |       |
| DGGETTO ASSICURATO amiliare / Socio F O S O                                                            | Codice fiscale                          |              |       |
| amiliare / Socio F O S O                                                                               | Nome                                    |              |       |
| ognomeata di nascita (GG/MM/AAAA)                                                                      | Nome Nome                               |              |       |
| ognomeata di nascita (GG/MM/AAAA)                                                                      | Nome Nome Sesso O M OF Luogo di nascita |              | Prov. |
| ognomeata di nascita (GG/MM/AAAA)                                                                      | Nome Nome Sesso O M OF Luogo di nascita |              | Prov. |
| emiliare / Socio F O S O egnome enta di nascita (GG/MM/AAAA) emicilio enta inizio rischio (GG/MM/AAAA) | Nome Nome Sesso O M OF Luogo di nascita |              | Prov. |
| ognomeata di nascita (GG/MM/AAAA)                                                                      | Nome Nome Sesso O M OF Luogo di nascita |              | Prov. |

Riservata Inail

Data di presentazione o spedizione (GG/MM/AAAAA)

Modulo aggiornato al 30/11/2022

Firma del Responsabile della ditta