

Codice fiscale ditta _____

Codice ditta _____

Ragione sociale _____

All'Inail di _____
Via _____
Cap _____ Prov. _____

Denuncia di cessazione polizza/rischio

CESSAZIONE POLIZZA

Codice Pat	Tipo polizza (dipendenti/autonomi)	Decorrenza della cessazione
_____	_____ GG/MM/AAAA	_____
_____	_____ GG/MM/AAAA	_____
_____	_____ GG/MM/AAAA	_____

CESSAZIONE RISCHIO

Decorrenza della cessazione	Codice Pat	Tipo di polizza	
GG/MM/AAAA _____	_____	Dipendenti <input type="radio"/>	Autonomi <input type="radio"/>

Descrizione della lavorazione _____

Rischio sil/asb
Si
No

Prodotti finiti e/o servizi realizzati _____

Decorrenza della cessazione	Codice Pat	Tipo di polizza	
GG/MM/AAAA _____	_____	Dipendenti <input type="radio"/>	Autonomi <input type="radio"/>

Descrizione della lavorazione _____

Rischio sil/asb
Si
No

Prodotti finiti e/o servizi realizzati _____

Indicare i motivi della cessazione _____

Firma del responsabile della ditta _____

Tutela dei dati - il richiedente dichiara di essere stato informato sulle modalità e finalità del trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 196/2003 e s.m.i..

Ulteriore info : www.inail.it > [privacy](#)

Modulo aggiornato al 04/10/2016