Mod. Cess. P./R.

All'Inail di _____

Via _____

Cap _____ Prov. _____

Codice fiscale ditta _____

Codice ditta _____

Ragione sociale _____

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 GG/MM/AAAA _____ Codice Pat _____ Tipo di polizza: Dipendenti ◯ Autonomi ◯

Descrizione della lavorazione

_____

_____

_____

Rischio sil/asb: Si ◯ No ◯

Prodotti finiti e/o servizi realizzati

_____

_____

_____

Decorrenza della cessazione GG/MM/AAAA _____ Codice Pat _____ Tipo di polizza: Dipendenti ◯ Autonomi ◯

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 : https://www.inail.it/cs/internet/istituto/amministrazione-trasparente/altri-contenuti-dati-ulteriori/privacy.html

Modulo aggiornato al 04/10/2016

Conforme al modello ministeriale - www.inail.it

PrimaMod STUDIO 74 - www.studio74.it