

Spett.le INAIL - Fax 800.657.657

Attenzione: modulo processato con sistema di lettura automatizzato:

compilare in STAMPATELLO, penna nera a tratto spesso. Non oltrepassare i bordi dei rettangoli di scrittura, non scrivere sui codici del modulo (angoli alto a sin., basso des.). Nel caso si tratti di lavoratore disabile, riempire una delle apposite caselle.

Modulo per la DENUNCIA NOMINATIVA DEGLI ASSICURATI D.Lgs. n. 38/2000

									т				,	_			
COD. FISC. DITTA																	
INFORMAZIONI SUI LAVORATORI																	
Posizione ass. ditta											c.c.						
Cod. fisc. lavoratore																	
Data inizio rischio] /] /						Art. 13 L. 68/99: "Invalidità"							
Data fine rischio] /			/						☐ 67-79% ☐ oltre 79%							
Posizione ass. ditta													C .0	C.			
Cod. fisc. lavoratore																	
Data inizio rischio] /			/						Art. 13 L. 68/99: "Invalidità" 67-79% oltre 79%							
Data fine rischio] /			/]								
Posizione ass. ditta													C.(C.			
Cod. fisc. lavoratore																	
Data inizio rischio] /			/						Art. 13 L. 68/99: "Invalidità" 67-79% oltre 79%							
Data fine rischio	/			/													
Posizione ass. ditta													C.(C.			
Cod. fisc. lavoratore																	
Data inizio rischio] /			/						Art. 13 L. 68/99: "Invalidità"							
Data fine rischio] /			/							,	-79% re 79	%				
Data di presentazione,	/spedi	zione					Fi	rma d	el resp	onsa	bile						
] /					1								-	.	
		[1	İ										_		<u> Draft</u>	