

INAIL

TIMBRO DI ARRIVO

11

INAIL

DATA DI ATTIVAZIONE

GGMMAAAA

ALLA SEDE DI

DATA

IO SOTTOSCRITTO IN QUALITÀ DI ASSICURATO/A

VEDOVO/A

FIGLIO/A

ASCENDENTE

COLLATERALE

di

Dati dell'assicurato (da compilare sempre)

Cognome

Nome

Cognome coniugata

nato a (Comune)

Prov.

il

GGMMAA

Residente in (via, piazza, ecc.)

N. Civico

Frazione

Codice USL

Comune

Prov.

CAP

COD. ISTAT

Recapito Telefonico

Pref.

Numero

Codice Fiscale

Datore di lavoro (nome e cognome o ragione sociale)

MANDATO

Nel dichiarare i miei dati anagrafici

Dati del delegante (da compilare solo se diverso dall'assicurato).

Cognome del delegante

Nome

Sesso

Cognome coniugata

nato a (Comune)

Prov.

il

Residente a (Comune)

Prov.

CAP

Codice Fiscale

Indirizzo (via, piazza, ecc.)

N. Civico

Recapito Telefonico

Pref.

Pref.

con il presente atto DELEGO il Patronato - sigla

della Sede di

presso il quale eleggo domicilio ai sensi dell'art. 47 c.c. a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente, ai sensi e per gli effetti di cui al D.L.C.P.S. 29.7.47, n. 804 e successive modificazioni ed integrazioni nei confronti dell'INAIL, per lo svolgimento della pratica relativa a:

n° caso (inf./m.p.)

GGMMAAAA

del

n° rendita

firma (per gli analfabeti firma di 2 testimoni)

PATRONATO

Fase

A

B

C

Il presente mandato può essere revocato solo per iscritto.

Si allega:

delega

revoca

codice Patr. revocato

stato famiglia

certificato medico

anamnesi lavorativa

informativa

data, timbro del Patronato (codice) e firma dell'operatore autorizzato a ricevere il mandato (per favore non uscire da questa zona)

SEZIONE D - Definizione della pratica di patrocinio

22

ALLA SEDE DI

DATA

GGMMAAAA

Questo Patronato - sigla

con Sede/Zona in

Cod. Naz.

Cod. Sede/Zona

comunica che per gli effetti del D.L. 13.12.1994, n. 764 e relative disposizioni applicative ministeriali ritiene conclusa la pratica concernente l'assistito

Cognome

Nome

n° pratica

prest.

Fase

A

B

C

Con esito

0

1

n° caso (inf./m.p.) INAIL

del

GGMMAAAA

n° rendita INAIL

timbro del Patronato (codice) e firma del responsabile

INAIL - TIMBRO DI ARRIVO

Mod. 1 - P Originale per l'INAIL - TIP. INAIL - 12/2002

INAIL

TIMBRO DI ARRIVO

11

GGMMAAAA

Data di Attivazione

GGMMAAAA

Data

AlloSede di

Data

Io sottoscritto in qualità di assicurato/a

vedovo/a

figlio/a

ascendente

collaterale

di

Dati dell'assicurato (da compilare sempre)

Cognome

Sesso

M

F

Nome

Cognome coniugata

nato a (Comune)

Prov.

il

GGMMAA

Residente in (via, piazza, ecc.)

N. Civico

Frazione

Codice USL

Comune

Prov.

CAP

COD. ISTAT

Recapito Telefonico

Pref.

Numero

Codice Fiscale

Datore di lavoro (nome e cognome o ragione sociale)

MANDATO

Nel dichiarare i miei dati anagrafici

Dati del delegante (da compilare solo se diverso dall'assicurato).

Cognome del delegante

Nome

Sesso

Cognome coniugata

nato a (Comune)

Prov.

il

Residente a (Comune)

Prov.

CAP

Codice Fiscale

Indirizzo (via, piazza, ecc.)

N. Civico

Pref.

Pref.

con il presente atto DELEGO il Patronato - sigla

della Sede di

presso il quale eleggo domicilio ai sensi dell'art. 47 c.c. a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente, ai sensi e per gli effetti di cui al D.L.C.P.S. 29.7.47, n. 804 e successive modificazioni ed integrazioni nei confronti dell'INAIL, per lo svolgimento della pratica relativa a:

n° caso (inf./m.p.)

GGMMAAAA

del

n° rendita

firma (per gli analfabeti firma di 2 testimoni)

PATRONATO

Nel trasmettere il mandato rilasciatoci dal delegante sopra indicato, si chiede di farci pervenire notizie sull'esito della sottosppecificata richiesta e tutte le indicazioni relative alla pratica:

n°

Cod. Naz.

Cod. Sede/Zona

prest.

Fase

A

B

C

Il presente mandato può essere revocato solo per iscritto.

Si allega:

delega

revoca

codice Patr. revocato

stato famiglia

certificato medico

anamnesi lavorativa

informativa

data, timbro del Patronato (codice) e firma dell'operatore autorizzato a ricevere il mandato (per favore non uscire da questa zona)

PATRONATO

SEZIONE D - Definizione della pratica di patrocinio

22

AlloSede di

Data

GGMMAAAA

Questo Patronato - sigla

con Sede/Zona in

Cod. Naz.

Cod. Sede/Zona

comunica che per gli effetti del D.L. 13.12.1994, n. 764 e relative disposizioni applicative ministeriali ritiene conclusa la pratica concernente l'assistito

Cognome

Nome

n° pratica

prest.

Fase

A

B

C

Con esito

0

1

n° caso (inf./m.p.) INAIL

n° rendita INAIL

del

GGMMAAAA

timbro del Patronato (codice) e firma del responsabile

INAIL - TIMBRO DI ARRIVO

Mod. 1 - P Ricevuta per il Patronato - TIP. INAIL - 12/2002

INAIL

TIMBRO DI ARRIVO

11

INAIL

DATA DI ATTIVAZIONE

GGMMAAAA

ALLA SEDE DI

DATA

IO SOTTOSCRITTO IN QUALITÀ DI ASSICURATO/A

VEDOVO/A

FIGLIO/A

ASCENDENTE

COLLATERALE

DI

DATI DELL'ASSICURATO (DA COMPILARE SEMPRE)

COGNOME

SESSO

M

F

NOME

COGNOME CONIUGATA

NATO A (COMUNE)

PROV.

IL

GGMMAA

RESIDENTE IN (VIA, PIAZZA, ECC.)

N. CIVICO

FRAZIONE

CODICE USL

COMUNE

PROV.

CAP

COD. ISTAT

PREF.

NUMERO

RECAPITO TELEFONICO

CODICE FISCALE

DATORE DI LAVORO (NOME E COGNOME O RAGIONE SOCIALE)

MANDATO

NEL DICHIARARE I MIEI DATI ANAGRAFICI

DATI DEL DELEGANTE (DA COMPILARE SOLO SE DIVERSO DALL'ASSICURATO).

COGNOME DEL DELEGANTE

NOME

SESSO

COGNOME CONIUGATA

NATO A (COMUNE)

PROV.

IL

RESIDENTE A (COMUNE)

PROV.

CAP

CODICE FISCALE

INDIRIZZO (VIA, PIAZZA, ECC.)

N. CIVICO

PREF.

PREF.

RECAPITO TELEFONICO

CON IL PRESENTE ATTO DELEGO IL PATRONATO - SIGLA

DELLA SEDE DI

PROSSIMO IL QUALE ELEGGO DOMICILIO AI SENSI DELL'ART. 47 C.C. A RAPPRESENTARMI ED ASSISTERMICI GRATUITAMENTE, AI SENSI E PER GLI EFFETTI DI CUI AL D.L.C.P.S. 29.7.47, N. 804 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI NEI CONFRONTI DELL'INAIL, PER LO SVOLGIMENTO DELLA PRATICA RELATIVA A:

GGMMAAAA

N° CASO (INF./M.P.)

del

GGMMAAAA

N° RENDITA

FIRMA (PER GLI ANALFABETI FIRMA DI 2 TESTIMONI)

PATRONATO

NEL TRASMETTERE IL MANDATO RILASCIATOCI DAL DELEGANTE SOPRA INDICATO, SI CHIEDE DI FARCI PERVENIRE NOTIZIE SULL'ESITO DELLA SOTTOSPECIFICATA RICHIESTA E TUTTE LE INDICAZIONI RELATIVE ALLA PRATICA:

N°

Cod. Naz.

Cod. Sede/Zona

prest.

FASE

A

B

C

IL PRESENTE MANDATO PUÒ ESSERE REVOCATO SOLO PER ISCRITTO.

SI ALLEGA:

delega

revoca

codice Patr. revocato

stato famiglia

certificato medico

anamnesi lavorativa

informativa

data, timbro del Patronato (codice) e firma dell'operatore autorizzato a ricevere il mandato (per favore non uscire da questa zona)

SEZIONE D - Definizione della pratica di patrocinio

ALLA SEDE DI

DATA

GGMMAAAA

QUESTO PATRONATO - SIGLA

CON SEDE/ZONA IN

Cod. Naz.

Cod. Sede/Zona

comunica che per gli effetti del D.L. 13.12.1994, n. 764 e relative disposizioni applicative ministeriali ritiene conclusa la pratica concernente l'assistito

Cognome

NOME

N° pratica

prest.

FASE

A

B

C

Con esito

0

1

N° caso (inf./m.p.) INAIL

del

GGMMAAAA

N° rendita INAIL

timbro del Patronato (codice) e firma del responsabile

INAIL - TIMBRO DI ARRIVO

Mod. 1 - P Copia per il lavoratore - TIP. INAIL - 12/2002