I N A I L

Denuncia di Cessazione Polizza/Rischio

CODICE FISCALE DITTA

CODICE DITTA

ALL'INAIL DI

VIA

CAP **PROVINCIA**

RAGIONE SOCIALE

DENUNCIA DI CESSAZIONE POLIZZA/RISCHIO

CESSAZIONE POLIZZA

CODICE PAT	TIPO POLIZZA (Dipendenti / Autonomi)	DECORRENZA DELLA CESSAZIONE
		/ /
		/ /
		/ /

CESSAZIONE RISCHIO

DECORRENZA DELLA CESSAZIONE / /

CODICE PAT

TIPO POLIZZA

DIPENDENTI ☐

AUTONOMI ☐

DESCRIZIONE DELLA LAVORAZIONE

RISCHIO SIL/ASB **si** **no**

PRODOTTI FINITI E/O SERVIZI REALIZZATI

DECORRENZA DELLA CESSAZIONE / /

CODICE PAT

TIPO POLIZZA

DIPENDENTI ☐

AUTONOMI ☐

DESCRIZIONE DELLA LAVORAZIONE

RISCHIO SIL/ASB **si** **no**

PRODOTTI FINITI E/O SERVIZI REALIZZATI

INDICARE I MOTIVI DELLA CESSAZIONE

RISERVATA INAIL

DATA DI PRESENTAZIONE O SPEDIZIONE / /

FIRMA DEL RESPONSABILE DELLA DITTA