Draft

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.).

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

COD. FISC. DITTA

INFORMAZIONI SUI LAVORATORI

Posizione ass. ditta **c.c.**

Cod.fisc.lavorat.

Data inizio rischio / /

Data fine rischio / /

Posizione ass. ditta **c.c.**

Cod.fisc.lavorat.

Data inizio rischio / /

Data fine rischio / /

Posizione ass. ditta **c.c.**

Cod.fisc.lavorat.

Data inizio rischio / /

Data fine rischio / /

Posizione ass. ditta **c.c.**

Cod.fisc.lavorat.

Data inizio rischio / /

Data fine rischio / /

Firma del Responsabile

Data di presentazione/spedizione

/ /

Draft