

Data di Attivazione GG MM AAAA

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) _____ GG MM AA
 Prov. _____ il _____
 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) _____

**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 _____

firma (per gli analfabeti firma di 2 testimoni)

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.) _____
 GG MM AAAA
 del _____ n° rendita _____

Nel trasmettere il mandato rilasciato 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. _____

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

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

SEZIONE D - Definizione della pratica di patrocinio

Alla Sede di _____ Data _____ GG MM AAAA

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 _____ n° rendita INAIL _____

timbro del Patronato (codice) e firma del responsabile

INAIL - TIMBRO DI ARRIVO

