

INAIL

Data di Attivazione GG MM AAAA

Form for insured person details: Alla Sede di, Data, Io sottoscritto in qualità di assicurato/a, Dati dell'assicurato (da compilare sempre), Cognome, Nome, Sesso, nato a (Comune), Residente in (via, piazza, ecc.), Frazione, Comune, Codice USL, Prov., CAP, COD. ISTAT, 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).

Form for delegatee details: 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., 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, n° caso (inf./m.p.) AAAA, del GG MM AAAA n° rendita.

Area for signature: firma (per gli analfabeti firma di 2 testimoni)

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:

Form for practice details: n°, Cod. Naz., Cod. Sede/Zona, prest.

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

Form for phases and attachments: 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.

PATRONATO

SEZIONE D - Definizione della pratica di patrocinio

Form for practice definition: 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 GG MM AAAA n° rendita INAIL.

Area for Patronato stamp and signature: timbro del Patronato (codice) e firma del responsabile

Area for INAIL arrival stamp: INAIL - TIMBRO DI ARRIVO

PATRONATO

INAIL

Data di Attivazione GG MM AAAA

Form fields for insured person details: Alla Sede di, Data, Io sottoscritto in qualità di assicurato/a, Dati dell'assicurato (da compilare sempre), Cognome, Nome, Sesso, nato a (Comune), Residente in (via, piazza, ecc.), Frazione, Comune, Codice USL, Prov., CAP, COD. ISTAT, 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).

Form fields for delegate details: 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., 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:

Form fields for case details: n° caso (inf./m.p.) AAAA, del GG MM AAAA n° rendita.

Area for signature: firma (per gli analfabeti firma di 2 testimoni)

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:

Form fields for practice details: n°, Cod. Naz., Cod. Sede/Zona, prest.

Fase A B C

Il presente mandato può essere revocato solo per iscritto.

Form fields for attachments: Si allega: delega, revoca, codice Patr. revocato, stato famiglia, certificato medico, anamnesi lavorativa, informativa.

Area for operator details: 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

Form fields for patronage practice definition: Alla Sede di, Data, 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 GG MM AAAA n° rendita INAIL.

Area for stamp and signature: timbro del Patronato (codice) e firma del responsabile

Area for stamp: INAIL - TIMBRO DI ARRIVO

PATRONATO

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

Residente in (via, piazza, ecc.) Prov. il N. Civico

Frazione Comune Codice USL Prov. CAP COD. ISTAT

Recapito Telefonico Pref. Numero 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 Recapito Telefonico Pref. Pref.

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:

del GG MM AAAA n° caso (inf./m.p.) 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.

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 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 GG MM AAAA n° rendita INAIL

timbro del Patronato (codice) e firma del responsabile

INAIL - TIMBRO DI ARRIVO