

Codice fiscale ditta _____

Codice ditta _____

Ragione sociale _____

All'Inail di _____

Via _____

Cap _____ Prov. _____

Denuncia di cessazione polizza/rischio**CESSAZIONE POLIZZA**

Codice Pat _____

Tipo polizza (dipendenti/autonomi) _____

Decorrenza della cessazione

GG/MM/AAAA _____

GG/MM/AAAA _____

GG/MM/AAAA _____

CESSAZIONE RISCHIO

Decorrenza della cessazione

Codice Pat _____

Tipo di polizza

GG/MM/AAAA _____

Dipendenti ☐ Autonomi ☐

Descrizione della lavorazione _____ Rischio sil/asb

Si ☐No ☐

Prodotti finiti e/o servizi realizzati _____

Decorrenza della cessazione

Codice Pat _____

Tipo di polizza

GG/MM/AAAA _____

Dipendenti ☐ Autonomi ☐

Descrizione della lavorazione _____ Rischio sil/asb

Si ☐No ☐

Prodotti finiti e/o servizi realizzati _____

Indicare i motivi della cessazione _____

Firma del responsabile della ditta _____