

DOMANDA DI INDENNIZZO
per INFORTUNIO PROFESSIONALE

Il sottoscritto _____ nato il _____
telefono _____ email _____

trasmette, in allegato, la documentazione al fine di poter beneficiare di un contributo

A tal fine allego

verbale del pronto soccorso

documentazione INAIL comprovante l'Invalidità Permanente residua;

Data Firma

Il sottoscritto dichiara di prendere atto che i dati personali sopra indicati e presenti sui relativi allegati, verranno utilizzati dall'Ente Paritetico Edile della Valle d'Aosta esclusivamente per la prestazione di cui al presente modulo e nel rispetto della normativa privacy di cui al Regolamento UE 2016/679 (GDPR), secondo i principi di liceità, correttezza, trasparenza e di tutela della propria riservatezza e dei propri diritti.

Data Firma

SPAZIO RISERVATO ALL'ENTE PARITETICO EDILE

Protocollo _____ Ditta _____ Operaio _____ Num ORE biennio precedente _____

Pratica negativa:

Pratica positiva

Motivazione: _____

Contributo € _____

IL RESPONSABILE
