I N A I L

Denuncia di Cessazione

CODICE FISCALE DITTA

ALL'INAIL DI

VIA

CAP **PROVINCIA**

DENUNCIA DI CESSAZIONE

DECORRENZA DELLA CESSAZIONE / /

RAGIONE SOCIALE

INDICARE I MOTIVI DELLA CESSAZIONE

CESSAZIONE DELL'ATTIVITA'

CESSAZIONE PAT N° N° N°

CESSAZIONE ASSICURAZIONE **DIPENDENTI** / **AUTONOMI** / **SPECIALI**

VOCE DI RISCHIO RELATIVA ALL'ASSICURAZIONE "DIPENDENTI"

VOCE DI RISCHIO RELATIVA ALL'ASSICURAZIONE "ARTIGIANI"

MOTIVO

Inviare eventuale corrispondenza al seguente indirizzo:

VIA,PIAZZA, ... (vedi all. 1) N. ro

C.A.P. COMUNE PROV. NAZIONE (V. Istruz.)

E-MAIL @

N° DI TELEFONO COD. ISTAT (facoltativo)

PRESSO

RISERVATA INAIL

DATA DI PRESENTAZIONE O SPEDIZIONE / /

FIRMA DEL RESPONSABILE DELLA DITTA