ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

DIREZIONE REGIONALE
SICILIA

ALLEGATO 3

SCHEDA DELLA STRUTTURA E DELL'UNITÀ OPERATIVA

(Compilare una scheda per ciascuna unità operativa per la quale si richiede il convenzionamento)

SEZIONE A - DATI DELLA STRUTTURA

Dati della struttura	
Denominazione	
Codice fiscale	
Partita IVA	
Sede legale	
Comune	
Provincia	
CAP	
Legale rappresentante/Titolare	
Telefono	
E-mail	
PEC	
Sito internet	

SEZIONE B - DATI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Dati dell'unità operativa	
Denominazione unità operativa	
Indirizzo	
Comune	
Provincia	
CAP	
Categoria alberghiera	□ 3 stelle □ 4 stelle

Telefono struttura	
E-mail struttura	
PEC struttura (se diversa dalla sede legale)	
Sito internet	

Tipologia di prestazioni per cui si richiede il convenzionamento

□ Prestazioni Tipo A - Soggiorni connessi alle cure idro-fango-termali

□ Prestazioni Tipo B - Soggiorni climatici

□ Entrambe le tipologie

SEZIONE C - ACCESSIBILITÀ E CARATTERISTICHE DELLA STRUTTURA

Informazioni	
Struttura accessibile a persone con ridotta autonomia motoria o funzionale	□ SI □ NO
Numero camere accessibili	
Presenza di ascensore accessibile	□ SI □ NO
Presenza di servizi igienici accessibili	□ SI □ NO
Eventuali ulteriori dotazioni a supporto dell'accessibilità	

SEZIONE D - REFERENTE PRENOTAZIONI

Dati referente	
Nome e Cognome	
Telefono	
Cellulare	
E-mail	

SEZIONE E - REFERENTE AMMINISTRATIVO/CONTABILE

Dati referente	
Nome e Cognome	
Telefono	
Cellulare	
E-mail	

SEZIONE F - COORDINATE BANCARIE PER LA FATTURAZIONE E I PAGAMENTI

Dati bancari	
Istituto di credito/Poste Italiane S.p.A.	
Filiale/Agenzia	
IBAN	
Intestatario del conto	
Codice fiscale intestatario	

SEZIONE G

DA COMPILARE ESCLUSIVAMENTE PER LE STRUTTURE CHE INTENDONO EROGARE PRESTAZIONI DI TIPO A

Dati	
Numero e data autorizzazione sanitaria	
Numero e data accreditamento istituzionale Regione Siciliana	
Estremi della concessione mineraria o altro titolo giuridico che legittima l'utilizzo della risorsa termale	

ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

DIREZIONE REGIONALE
SICILIA

DICHIARAZIONE

Il/La sottoscritto/a dichiara che i dati riportati nella presente scheda sono completi, veritieri e aggiornati e si impegna a comunicare tempestivamente all'INAIL ogni variazione intervenuta rispetto alle informazioni fornite, per tutta la durata dell'eventuale convenzione.

LUOGO E DATA	FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE/TITOLARE*

* Documento sottoscritto anche mediante firma digitale ai sensi della normativa vigente.

VIALE DEL FANTE, 58/D - 90146 PALERMO - TEL. 0916705111 - NETFAX 0688468501
sicilia@inail.it • sicilia@postacert.inail.it
PART. IVA 00968951004 - CODICE FISCALE 01165400589