

Allegato 2 alla circ. n. 28/1979

CONVENZIONE ITALO-SAMMARINESE

ATTESTATO CONCERNENTE IL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI IN NATURA DELL'ASSICURAZIONE
INFORTUNI SUL LAVORO E MALATTIE PROFESSIONALI

(Articolo 19 Accordo Amministrativo)

ALL'ISTITUTO DEL LUOGO DI RESIDENZA O DI SOGGIORNO

Denominazione

Indirizzo

Riferimento: Vostra richiesta del

LAVORATORE

Cognome	Nome	Cognome da nubile	Data di nascita
.....

Indirizzo nel Paese competente

.....

Indirizzo nel Paese ove si reca l'interessato

.....

N. d'identificazione

A SEGUITO

, di quanto da Voi richiesto in data

, dell'infortunio sul lavoro verificatosi il

con le seguenti conseguenze

....., della malattia
professionale verificatisi il

con le seguenti conseguenze

....., dell'autorizzazione da
noi accordata all'interessato a conservare il beneficio delle prestazioni in natura in
(Paese), ove si reca per stabilire la propria residenza ovvero per cure.

AL LAVORATORE PREDETTO POSSONO ESSERE CONCESSE PRESTAZIONI IN NATURA

, per infortunio sul lavoro

per malattia professionale

sino al

senza limite di tempo.

IL RAPPORTO RISERVATO DEL NOSTRO MEDICO DI CONTROLLO

è allegato

non è stato compilato.

ISTITUTO COMPETENTE

Denominazione

Indirizzo

Timbro.

Data

Firma