

Al Consiglio di Amministrazione
Per il tramite della
Direzione Regionale _____
PEC _____

Il sottoscritto

Cognome e nome

--

Nato a

Comune di nascita

data di nascita

--	--

Residente a

Comune di residenza

sigla provincia

--	--

CAP

indirizzo (via, piazza, ecc.)

numero civico

--	--	--

Numero telefono

numero FAX

indirizzo e-mail/PEC

--	--	--

In qualità di titolare/legale rappresentante/intermediario

Ditta

Denominazione/ragione sociale

--

Codice ditta

codice fiscale

--	--

ai sensi e per gli effetti previsti dal decreto del Presidente della Repubblica n. 314 del 14 maggio 2001, propone

ricorso

avverso il provvedimento

Certificato di assicurazione/ Certificato di variazione	emesso dalla Sede Inail	data

Pat

Voce

Gestione tariffaria

Motivazione

--

Data

Firma

--	--