

Alla Sede INAIL di _____
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

Provvedimento	sede Inail	data
Reiezione della domanda OT20 art.20 D.M.12.12.2000		
Certificato di variazione art.21 D.M.12.12.2000		
20 SM Classificazione e tassazione rischio assicurato art.22 d.m.12.12.2000		
20 SM Classificazione e tassazione rischio silicosi/asbestosi art.2 d.m.20.6.1988		

Pat

voce

tasso applicato

anno

--	--	--	--

Motivazione

--

Data

Firma

--	--