

All'Inail di _____

Via _____

Cap _____ Prov. _____

Codice fiscale ditta _____

Codice ditta _____

Ragione sociale _____

Denuncia di cessazione polizza/rischio**CESSAZIONE POLIZZA**

Codice Pat	Tipo polizza (dipendenti/autonomi)	Decorrenza della cessazione
_____	_____	GG/MM/AAAA _____
_____	_____	GG/MM/AAAA _____
_____	_____	GG/MM/AAAA _____

CESSAZIONE RISCHIO

Decorrenza della cessazione	Codice Pat	Tipo di polizza	Rischio sil/asb
GG/MM/AAAA _____	_____	Dipendenti <input type="radio"/> Autonomi <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/>
Descrizione della lavorazione _____			No <input type="radio"/>

Prodotti finiti e/o servizi realizzati _____

Decorrenza della cessazione	Codice Pat	Tipo di polizza	Rischio sil/asb
GG/MM/AAAA _____	_____	Dipendenti <input type="radio"/> Autonomi <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/>
Descrizione della lavorazione _____			No <input type="radio"/>

Prodotti finiti e/o servizi realizzati _____

Indicare i motivi della cessazione _____

Firma del responsabile della ditta _____