

CODICE FISCALE DITTA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Quadro Q1

CODICE DITTA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

C.C.

--	--

CODICE P.A.T.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

C.C.

--	--

ASSICURAZIONE VOLONTARI

(Fondo art. 12, D.L. 90/2014 e D.M. 22.12.2014)

**Richiesta di attivazione della copertura assicurativa anno 2015
per i volontari coinvolti in progetti di utilità sociale
beneficiari di prestazioni di sostegno al reddito**

SOGGETTO ASSICURATO - VOLONTARIO

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sesso

M	F
---	---

Cognome

--

Nome

--

Comune

--

Prov.

--

Nazione

--

Data di nascita

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Tipologia di attività di volontariato da effettuare

--

MISURE DI SOSTEGNO AL REDDITO

- cassa integrazione guadagni ordinaria e straordinaria, anche in deroga alla vigente normativa
- integrazione salariale e contributo di cui all'articolo 5, commi 5 e seguenti, del decreto-legge 20 maggio 1993, n. 148, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 luglio 1993, n. 236, a seguito di stipula di contratti di solidarietà
- cassa integrazione guadagni ordinaria e straordinaria, anche in deroga alla vigente normativa
- prestazioni, legate alla cessazione del rapporto di lavoro o alla sospensione o riduzione dell'attività lavorativa, anche a carico dei Fondi di solidarietà di cui all'articolo 3 della legge 28 giugno 2012, n. 92
- altre prestazioni di natura assistenziale finalizzate a rimuovere e superare condizioni di bisogno e di difficoltà della persona, erogate a livello nazionale e locale

GIORNATE DI ATTIVITA'

Anno

--	--	--	--

N. giornate

--	--	--

Periodo durante il quale viene svolta l'attività

Dal

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Al

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

- Dichiaro che i soggetti indicati coinvolti in attività di volontariato a fini di utilità sociale saranno iscritti nell'apposito registro di cui all'articolo 3, comma 7 del DM 22.12.2014, con annotazione delle generalità complete di ciascuno.
- Dichiaro altresì che nel medesimo registro effettuerò la registrazione giornaliera delle
- Dichiaro, infine, di essere a conoscenza che gli oneri connessi agli eventi (infortuni sul lavoro e malattie professionali) relativi ai soggetti non regolarmente registrati

Con la presente denuncia si richiede all'Inail l'attivazione della copertura assicurativa contro gli infortuni e le malattie professionali prevista dall'articolo 12, del DL n. 90/2014 convertito dalla legge n. 114/2014 e dal DM 22.12.2014.

N.B.: le tre caselle devono essere barrate obbligatoriamente.