

DATA DI ARRIVO

GG / MM / AAAA

Alla sede di

Io sottoscritto in qualità di:

- assicurato/a vedovo/a figlio/a ascendente collaterale tutore/curatore rappresentante legale

Dati dell'assicurato (da compilare sempre)

Cognome

Nome

Sesso

- M F

Nato a (Comune o Stato estero)

Prov.

Nazionalità

GG / MM / AAAA

Residente in (via, piazza, ecc.)

N. civico

Comune

Prov.

Cap

Cod. Istat

Telefono abitazione

Cellulare

Codice fiscale

Indirizzo email

Indirizzo email Pec

Forma di pagamento

- C/C bancario o postale

Iban

- Libretto bancario o postale

Numero libretto

- Assegno circolare

- Pagamento localizzato presso sportello postale

Frazionario

- Pagamento localizzato presso sportello bancario

Abi

Cab

N. caso (inf./ m.p.)

del

GG / MM / AAAA

Data decesso infortunato

GG / MM / AAAA

DELEGANTE**Nel dichiarare i miei dati anagrafici**

Dati del delegante (da compilare solo se diverso dall'assicurato).

Cognome	Nome		Sesso
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Nato a (Comune o Stato estero)	Prov.	Nazionalità	GG / MM / AAAA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Residente in (Via, Piazza, ecc.)			N. civico
<input type="text"/>			<input type="text"/> / <input type="text"/>
Comune	Prov.	Cap	Cod. Istat
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Con il presente atto delego il patronato-sigla			
<input type="text"/>			
Telefono abitazione	Cellulare	Codice fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Indirizzo email		Indirizzo email Pec	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

PATRONATO

Indirizzo sede/zona	Cod./naz	Cod. sede/zona	Cod. intervento	Firma (per gli analfabeti firma di 2 testimoni)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Presso il quale eleggo domicilio ai sensi dell'art. 47 c.c., a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente , ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 della legge 30 marzo 2001n. 152 e del d.m. 10 ottobre 2008 n. 193 nei confronti dell'Inail, per lo svolgimento della pratica relativa a:				
N. pratica Patronato	Revoca		Codice Patr. revocato	
<input type="text"/>	<input type="radio"/>		<input type="text"/>	

Nel trasmettere il mandato rilasciato dal delegante sopra indicato, si chiede di farci pervenire notizie sull'esito della sotto specificata richiesta e tutte le indicazioni relative all'intervento.

PRESENTATO COME

- prima richiesta
 sollecito
 riesame
 ricorso/opposizione
 citazione

data, timbro del patronato (codice) Nome e cognome dell'operatore autorizzato a ricevere il mandato f.to _____
--

SI ALLEGA**Il presente mandato può essere revocato solo per iscritto.****Mod. 1 - P Copia per l'Inail**

DATA DI ARRIVO

GG / MM / AAAA

Alla sede di

Io sottoscritto in qualità di:

- assicurato/a vedovo/a figlio/a ascendente collaterale tutore/curatore rappresentante legale

Dati dell'assicurato (da compilare sempre)

Cognome

Nome

Sesso M F

Nato a (Comune o Stato estero)

Prov.

Nazionalità

GG / MM / AAAA

Residente in (via, piazza, ecc.)

N. civico

Comune

Prov.

Cap

Cod. Istat

Telefono abitazione

Cellulare

Codice fiscale

Indirizzo email

Indirizzo email Pec

Forma di pagamento

Iban

- C/C bancario o postale

- Libretto bancario o postale

- Assegno circolare

- Pagamento localizzato presso sportello postale

- Pagamento localizzato presso sportello bancario

Numero libretto

Frazionario

Abi

Cab

N. caso (inf./ m.p.)

GG / MM / AAAA

Data decesso infortunato

GG / MM / AAAA

DELEGANTE**Nel dichiarare i miei dati anagrafici**

Dati del delegante (da compilare solo se diverso dall'assicurato).

Cognome	Nome	Sesso	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Nato a (Comune o Stato estero)	Prov.	Nazionalità	GG / MM / AAAA	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Residente in (Via, Piazza, ecc.)	N. civico		/ <input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Comune	Prov.	Cap	Cod. Istat	Con il presente atto delego il patronato-sigla
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefono abitazione	Cellulare	Codice fiscale		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Indirizzo email	Indirizzo email Pec			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			

PATRONATO

Indirizzo sede/zona	Cod./naz	Cod. sede/zona	Cod. intervento	Firma (per gli analfabeti firma di 2 testimoni)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Presso il quale eleggo domicilio ai sensi dell'art. 47 c.c., a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente , ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 della legge 30 marzo 2001n. 152 e del d.m. 10 ottobre 2008 n. 193 nei confronti dell'Inail, per lo svolgimento della pratica relativa a:				
N. pratica Patronato	Revoca	Codice Patr. revocato		
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>		

Nel trasmettere il mandato rilasciato dal delegante sopra indicato, si chiede di farci pervenire notizie sull'esito della sotto specificata richiesta e tutte le indicazioni relative all'intervento.

PRESENTATO COME prima richiesta sollecito riesame ricorso/opposizione citazione

data, timbro del patronato (codice)
Nome e cognome dell'operatore autorizzato a ricevere il mandato
f.to _____

SI ALLEGA **Il presente mandato può essere revocato solo per iscritto.****Mod. 1 - P Copia per il Patronato**

DATA DI ARRIVO

GG / MM / AAAA

Alla sede di

Io sottoscritto in qualità di:

 assicurato/a vedovo/a figlio/a ascendente collaterale tutore/curatore rappresentante legale

Dati dell'assicurato (da compilare sempre)

Cognome

Nome

Sesso M F

Nato a (Comune o Stato estero)

Prov.

Nazionalità

GG / MM / AAAA

Residente in (via, piazza, ecc.)

N. civico

 /

Comune

Prov.

Cap

Cod. Istat

Telefono abitazione

Cellulare

Codice fiscale

Indirizzo email

Indirizzo email Pec

Forma di pagamento

 C/C bancario o postale

Iban

 Libretto bancario o postale

Numero libretto

 Assegno circolare Pagamento localizzato presso sportello postale

Frazionario

 Pagamento localizzato presso sportello bancario

Abi

Cab

N. caso (inf./ m.p.)

del

GG / MM / AAAA

Data decesso infortunato

GG / MM / AAAA

DELEGANTE**Nel dichiarare i miei dati anagrafici**

Dati del delegante (da compilare solo se diverso dall'assicurato).

Cognome	Nome		Sesso
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Nato a (Comune o Stato estero)	Prov.	Nazionalità	GG / MM / AAAA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Residente in (Via, Piazza, ecc.)			N. civico
<input type="text"/>			<input type="text"/> / <input type="text"/>
Comune	Prov.	Cap	Cod. Istat
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Con il presente atto delego il patronato-sigla			
<input type="text"/>			
Telefono abitazione	Cellulare	Codice fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Indirizzo email		Indirizzo email Pec	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

PATRONATO

Indirizzo sede/zona	Cod./naz	Cod. sede/zona	Cod. intervento	Firma (per gli analfabeti firma di 2 testimoni)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Presso il quale eleggo domicilio ai sensi dell'art. 47 c.c., a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente , ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 della legge 30 marzo 2001n. 152 e del d.m. 10 ottobre 2008 n. 193 nei confronti dell'Inail, per lo svolgimento della pratica relativa a:				
N. pratica Patronato	Revoca	Codice Patr. revocato		
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>		

Nel trasmettere il mandato rilasciato dal delegante sopra indicato, si chiede di farci pervenire notizie sull'esito della sotto specificata richiesta e tutte le indicazioni relative all'intervento.

PRESENTATO COME

prima richiesta sollecito riesame ricorso/opposizione citazione

data, timbro del patronato (codice) Nome e cognome dell'operatore autorizzato a ricevere il mandato f.to _____
--

SI ALLEGA**Il presente mandato può essere revocato solo per iscritto.****Mod. 1 - P Copia per il lavoratore**

DATI ASSISTITO

Io sottoscritto/a Cognome

Nome

Sesso M F

Comune di nascita

GG / MM / AAAA

Nazionalità

Indirizzo

N. civico

Città

Cap

Codice fiscale

Informativa e dichiarazione di consenso (d.lgs. 30 giugno 2003 n. 196)

Avendo ricevuto a norma di quanto previsto dall'art. 13 del d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196, l'informativa sul trattamento dei propri dati personali, ed in particolare essendo stato informato che:

- il Patronato _____ effettuerà il trattamento dei dati personali forniti dal sottoscritto, nel rispetto della normativa sopra richiamata e tale trattamento avrà ad oggetto i dati, eventualmente anche di natura sensibile, necessari all'espletamento del presente mandato di assistenza;
- i dati personali potranno essere comunicati agli Enti o Organismi pubblici o privati, nazionali o esteri, a persone fisiche o giuridiche competenti, anche in modo strumentale per il corretto adempimento di tutto o parte dell'incarico conferito;
- i dati personali (con esclusione di quelli sensibili) potranno anche essere comunicati ad altri soggetti o organismi appartenenti o aderenti a _____ Associazione/Organizzazione promotrice del Patronato _____ per finalità proprie dell'Associazione/Organizzazione stessa o degli organismi ad essa appartenenti o aderenti, avendo come fine il miglioramento complessivo e la promozione dei servizi offerti ai lavoratori e cittadini;
- il trattamento sarà effettuato manualmente e/o in forma automatizzata rispettando le prescrizioni dettate dagli artt. 31 e seguenti della legge, in modo da ridurre al minimo i rischi di distruzione o perdita, di accesso non autorizzato o di trattamento non conforme alle finalità della raccolta;
- il conferimento dei dati personali è essenziale per l'adempimento del mandato conferito. L'eventuale rifiuto di comunicare tali informazioni, nonché la mancata sottoscrizione del modulo per il rilascio del consenso di cui al punto 1 comporteranno l'impossibilità di svolgere l'attività di assistenza richiesta;
- in relazione al trattamento dei dati personali, il sottoscritto può esercitare, anche a mezzo delega o procura a persona fisica o associazione, i diritti riconosciutigli dall'art. 7 del d.lgs. n. 196 del 2003;
- titolare del trattamento dei dati è il Patronato _____ in persona del Presidente Nazionale, legale rappresentante pro-tempore, domiciliato per la carica in Roma, via _____ n. _____ cap _____ e responsabile del trattamento dei dati ai fini dell'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del codice è il Direttore/Responsabile pro-tempore della Sede Provinciale del Patronato _____ di _____ domiciliato per la carica in _____ reperibile ai seguenti recapiti: e-mail/Pec _____ fax _____ tel _____

Punto 1

Fornisce il consenso al trattamento dei propri dati personali, ivi espressamente compresi i dati sensibili, con le modalità sopraindicate per il conseguimento delle finalità del presente mandato, nonché per l'adempimento degli obblighi ad esso connessi, previsti dalla normativa in materia, autorizzando anche il Patronato _____ ad accedere, ai sensi dell'art. 116 della legge, alla banca dati degli Enti eroganti le prestazioni, per l'acquisizione dei dati necessari all'assolvimento dell'incarico.

GG / MM / AAAA

Data,

Firma, _____