



Alla Sede Inail di _____

OGGETTO: MODALITÀ DI PAGAMENTO DELLE INDENNITÀ DI TEMPORANEA ANTICIPATE IN REGIME DI ART. 70 T.U. N. 1124/1965.

Il/La sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____
nato/a il _____ a _____ (____) in qualità di _____
della Ditta _____ con sede in _____ (____)
Via/piazza, ecc _____ n. _____ CAP _____
Codice fiscale Ditta _____ Codice Ditta INAIL _____
PAT _____ Tel. _____ Cell. _____ E-mail _____
PEC _____

CHIEDE CHE IL PAGAMENTO DELLE INDENNITA' DI CUI ALL'OGGETTO VENGA DISPOSTO MEDIANTE:

Accredito su conto corrente bancario/postale o altro strumento elettronico di pagamento dotato di codice IBAN

Intestato a:(Cognome/Nome o Ragione Sociale) _____

Cointestato a:(Cognome/Nome o Ragione Sociale) _____

Codice IBAN □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

Banca/Ufficio Postale _____

Indirizzo:Comune _____ Prov. _____

Via/Piazza _____ n.civico. _____ Agenzia n. _____

Vaglia postale/Assegno circolare intestato alla Ditta (solo per importi fino a 1000 euro, art.12 Legge 22 dicembre 2001, n.214)

Autorizza l'INAIL a corrispondere con tale modalità anche eventuali pagamenti futuri e si impegna a comunicare immediatamente qualsiasi variazione nella suddetta scelta o qualsiasi modifica dovesse intervenire sui dati indicati (codice IBAN, residenza, ecc.), sollevando sin da ora l'INAIL stesso da ogni responsabilità che dovesse derivare dalla mancata o tardata comunicazione.

Data _____

Firma _____

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Io sottoscritto/a dichiaro di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i., che i dati personali raccolti attraverso la compilazione del presente modulo saranno trattati dall'INAIL, anche con strumenti elettronici, per scopi strettamente correlati alle proprie funzioni istituzionali, in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dalla legge.

Data _____ Firma _____