

Alla Sede INAIL di

.....

Via/Piazza

Cap Prov.

OGGETTO: Domanda di riconoscimento dell'esposizione all'amianto
ai fini della concessione dei benefici previdenziali
(Art. 13, Comma 7, Legge 257/92, modificato dalla Legge 271/93).

__ sottoscritt_

Codice Fiscale:

nat_ a (Prov. __) il __/__/__, Sesso M [] F []

e residente in (Prov. __), Via/P.zza N°

chiede il rilascio del certificato attestante l'avvenuto riconoscimento di malattia professionale causata dall'amianto ed il riconoscimento dei relativi periodi lavorativi di esposizione all'amianto.

A tal fine:

1) allega la seguente documentazione:

.....
.....
.....

2) chiede che tutte le comunicazioni siano inoltrate al seguente indirizzo(*):

Presso:

Via/P.zza N°

C.A.P. Città (..)

3) (facoltativo) dichiara di volersi avvalere del seguente Patronato ed allega la relativa delega:

Patronato: _____

Via/P.zza _____ N° _____

C.A.P. _____ Città _____ (____)

_____, li ____/____/____

(firma)

(*) indicare solo se diverso da quello di residenza