



I campi contrassegnati con * sono obbligatori, quelli in rosso contengono le istruzioni di compilazione

Domanda della prestazione economica per malattia o infortunio extraprofessionale di durata superiore ai 90 giorni

Il sottoscritto

N. di codice

nato il (gg/mm/aa)

richiede la concessione della prestazione economica per malattia e infortunio extraprofessionale di durata superiore a 90 giorni

L'inabilità si è protratta

dal (gg/mm/aa)

al (gg/mm/aa)

Data di presentazione (gg/mm/aa)

Verifica del diritto alla presentazione

Iscrizione dal (gg/mm/aa) al

Ditta codice n.

note