

MODULO DI RICHIESTA INDENNITA'

Il sottoscritto Datore di lavoro domestico:

Cognome: _____ Nome: _____

Residente in: Via/Piazza _____

CAP: _____ Città: _____ Prov: _____

Tel: _____

Dichiara che l'infortunio è occorso in data ____ - ____ - _____

DATI RELATIVI AL DIPENDENTE

COGNOME _____ NOME _____

CODICE FISCALE _____

CODICE INPS RAPPORTO DI LAVORO:

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

Ai sensi ed in ottemperanza a quanto previsto dall'Art. 10 del Regolamento di Codesta CAS.SA.COLF il sottoscritto Vi invia la presente comunicazione corredata dei seguenti documenti:

- 1) Modulo Richiesta Dati (**MRD/DL**) compilato e firmato
- 2) Informativa e dichiarazione di consenso ai sensi della Legge 196/03 (**MIC/DL**) compilato e firmato;
- 3) Copia documento d'identità del Datore di Lavoro in corso di validità;
- 4) Numero quattro (4) attestati dell'avvenuto versamento con regolarità e continuità dei contributi di assistenza contrattuale degli ultimi quattro trimestri;
- 5) Copia della denuncia della rivalsa INAIL;
- 6) Copia di tutta la documentazione medica e legale per la quale si richiedono le prestazioni della CAS.SA.COLF.

Le ricevute di cui sopra vengono allegate in fotocopia.

Data ____ - ____ - _____

Firma del datore di lavoro _____