Spett.le INAIL - Fax 800.657.657

ATTENZIONE:	Modulo per la
modulo processato con **sistema di lettura automatizzato:** compilare in **STAMPATELLO, penna nera a tratto spesso.** Non oltrepassare i bordi dei rettangoli di scrittura, non scrivere sui codici del modulo (angoli alto a sin., basso des.).	**DENUNCIA NOMINATIVA DEGLI ASSICURATI** (D.Lgs. n. 38/2000) **a seguito di** **REGOLARIZZAZIONE DI LAVORATORI SUBORDINATI EXTRACOMUNITARI DI ALTRI SETTORI** (D.L. 195/2002)

COD. FISC. DITTA

POSIZIONE ASS. DITTA **C.C.**

INFORMAZIONI SUI LAVORATORI

CODICE FISCALE

DATA INIZIO RAPPORTO DI LAVORO / /

DATA CESSAZIONE RAPPORTO DI LAVORO / /

CODICE FISCALE

DATA INIZIO RAPPORTO DI LAVORO / /

DATA CESSAZIONE RAPPORTO DI LAVORO / /

CODICE FISCALE

DATA INIZIO RAPPORTO DI LAVORO / /

DATA CESSAZIONE RAPPORTO DI LAVORO / /

FIRMA DEL RESPONSABILE

Data di presentazione/spedizione / /