



## MODELLO INFORTUNIO SUL LAVORO

Doc. di riferimento MQ Sez.7

Ediz. 1

Rev. 0

Codice documento: MDAS.9

Pagina 1 di 1

Roma,

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
mentre era alle dipendenze dell'Azienda \_\_\_\_\_  
è stato/a sotto infortunio dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**Il/La sottoscritto/a autorizza l'Ente Bilaterale a riscuotere dall'ente assicurativo le indennità dovute, poiché sono state già percepite in c/anticipazione**

Si allega certificato definitivo Inail

Timbro e firma della azienda  
per convalida

Firma del dipendente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DELEGA

Delego il/la Sig./ra \_\_\_\_\_, poichè impossibilitato, a ritirare l'indennità a me spettante. Allego, all'uopo, fotocopia del mio documento di identità per opportuna visione degli uffici competenti.

*Firma del dipendente*

*Firma del delegato*

***NB. Previa prenotazione, le somme potranno essere riscosse in Via Agostino Depretis 70. L'orario di apertura è il seguente: ore 9.00 – 17.00 dal lunedì al venerdì***