

Sede INAIL

Indirizzo

Data

## Richiesta Modulo PD-DA01

**Diritto alla copertura sanitaria a titolo dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali**

*Regolamenti (CE) 883/04 e 987/09*

Cod. Cliente/ N. Conto	Denominazione	Indirizzo	PEC	C.F./ P. IVA

Dipendenti						
Nominativo	Codice Fiscale	Residenza	Da data	A data	Paese Destinazione	PAT/ N.Cert.nave

Firma \_\_\_\_\_