



\_\_\_\_\_ data iscrizione |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|; \_\_\_\_\_

## CHIEDE

| ALIMENTARE

## DICHIARA

☐ avere posizione assicurativa INAIL matricola n. \_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_ ;

☐ altro (specificare) \_\_\_\_\_;

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a ai sensi del D.Lgs. 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Si fornisce la seguente **PEC (obbligatoria)** ai fini delle comunicazioni relative alla procedura in oggetto:

PEC \_\_\_\_\_

**MARCA DA BOLLO DA ERO 16,00 PER LA DOMANDA N.** \_\_\_\_\_

**DEL** \_\_\_\_\_

L'originale della marca da bollo è custodito dal sottoscritto (con impegno di metterlo a disposizione per eventuali controlli e verifiche ai sensi di legge) presso la sede della Ditta, sita in:

Località \_\_\_\_\_ - Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Firma digitale

Si allega documento d'identità, in caso di firma autografa