

Alla Sede di

OGGETTO: Comunicazione dati identificativi conto corrente bancario o postale.

Il/La sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____
Nato il _____ a _____ (____)
Codice Fiscale _____ residente a _____ (____)
Via/Piazza _____ N. _____ Telefono _____
Cell. _____ E-mail* _____

In qualità di _____

Chiede

che il pagamento delle somme dovute dall'INAIL venga disposto mediante accredito sul conto corrente bancario/postale di seguito indicato:

Banca/Ufficio Postale _____
Indirizzo: Comune _____ (____) Via/Piazza _____ n. _____
Agenzia n. _____
intestato a: (Cognome e nome o ragione sociale) _____
Cointestato a (Cognome e nome o ragione sociale) _____

Codice IBAN

Il sottoscritto autorizza l'INAIL a corrispondere con tale modalità anche eventuali pagamenti futuri e si impegna a comunicare immediatamente qualsiasi variazione nella suddetta scelta o qualsiasi modifica dovesse intervenire sui dati indicati (codice IBAN, residenza, ecc.), sollevando sin da ora l'INAIL stesso da ogni responsabilità che dovesse derivare dalla mancata o tardata comunicazione.
Allega fotocopia del documento di riconoscimento**

Data, _____

FIRMA DEL BENEFICIARIO

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Io sottoscritt_ dichiaro di essere informat_, ai sensi e per gli effetti del d.lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti attraverso la compilazione del presente modulo saranno trattati, anche con strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'INAIL opportunamente incaricati e istruiti, per scopi strettamente correlati alle finalità per le quali sono richiesti in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, assicurativa e amministrativa.

Data. _____ firma _____

* Indicare l'indirizzo e-mail qualora si volesse essere contattati anche tramite posta elettronica.

** Obbligatoria solo se il modulo non viene consegnato personalmente dal beneficiario.