



Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Direzione provinciale Città

MOD. A.S. 3

Città, data

Azienda
XXXXXXX
Indirizzo

RACCOMANDATA AR

Gentili signori,
vi invitiamo a comunicare a questo ufficio, tramite posta o al numero di fax indicato in indirizzo, l'importo dell'indennità di malattia corrisposta al signor/a XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX per l'infortunio avvenuto in data XX.XX.XXXX, utilizzando il questionario allegato a questa lettera.

Vi invitiamo a segnalarci la ripresa dell'attività da parte dell'infortunato o l'eventuale prosecuzione del periodo di malattia dovuta allo stesso evento dannoso, informando i nostri uffici indicati in basso a sinistra entro e non oltre 15 giorni dal ricevimento di questa comunicazione.

Vi ricordiamo che grazie alla vostra cortese collaborazione i nostri uffici eviteranno di attivare accertamenti presso la vostra azienda.

Cordiali saluti

Il direttore

Tutti i nostri **uffici Inps** sono a sua disposizione per ogni ulteriore informazione; può trovare l'elenco completo delle nostre Sedi sugli elenchi telefonici o sul sito internet www.inps.it.
Può, inoltre, telefonare al numero gratuito **InpsInforma 803 164**: un operatore sarà a sua disposizione per informazioni e notizie **dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 20 e il sabato dalle ore 8 alle ore 14**.
Per risparmiare tempo ed ottenere le informazioni rapidamente ricordi di tenere a portata di mano:
nome assistito Inps
pratica numero
matricola
codice fiscale
il funzionario incaricato XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX tel. XXXXXXXXXXXXXXXX fax XXXXXXXXXXXXXXXX

CAP Città
Indirizzo
tel
fax

Azienda:
Matricola:
Codice fiscale

Alla Sede I.N.P.S.

Pratica n.
Protocollo n.
Lavoratore:
indennita' di malattia:

"dal ___/___/___"	"al ___/___/___"	"gg. ___"	"€ _____."
"dal ___/___/___"	"al ___/___/___"	"gg. ___"	"€ _____."
"dal ___/___/___"	"al ___/___/___"	"gg. ___"	"€ _____."
"dal ___/___/___"	"al ___/___/___"	"gg. ___"	"€ _____."
"dal ___/___/___"	"al ___/___/___"	"gg. ___"	"€ _____."
"dal ___/___/___"	"al ___/___/___"	"gg. ___"	"€ _____."
"dal ___/___/___"	"al ___/___/___"	"gg. ___"	"€ _____."
"dal ___/___/___"	"al ___/___/___"	"gg. ___"	"€ _____."
"dal ___/___/___"	"al ___/___/___"	"gg. ___"	"€ _____."
"dal ___/___/___"	"al ___/___/___"	"gg. ___"	"€ _____."

indicare se si tratta di ricaduta _____

indicare se il lavoratore ha ripreso l'attività lavorativa e la data _____

consapevole della responsabilità civile e penale conseguente ad un dichiarazione non veritiera, si dichiara che l'importo complessivo di € _____ pagato al lavoratore è stato conguagliato con i moduli DM10/m dei mesi di

_____	presentato il ___/___/___	all'Inps di _____
_____	presentato il ___/___/___	all'Inps di _____
_____	presentato il ___/___/___	all'Inps di _____
_____	presentato il ___/___/___	all'Inps di _____
_____	presentato il ___/___/___	all'Inps di _____
_____	presentato il ___/___/___	all'Inps di _____
_____	presentato il ___/___/___	all'Inps di _____
_____	presentato il ___/___/___	all'Inps di _____
_____	presentato il ___/___/___	all'Inps di _____
_____	presentato il ___/___/___	all'Inps di _____

dati consulente:
nominativo _____
tel _____ fax _____

li, ___/___/___

firma e timbro del datore di lavoro