



Notifica di uscita collettiva

Si prega di compilare in stampatello. I moduli compilati in ogni parte risparmiano a Lei e a noi ulteriori inconvenienti.

1. Ditta

Nome

Contratto N°

2. Persone assicurate

Cognome/Nome	N° assicurazione sociale	Data di nascita	Data di uscita	Via, n.	CAP	Città
1.)						
2.)						
3.)						
4.)						
5.)						
6.)						
7.)						

Se un assicurato al momento in cui lascia il servizio non è pienamente abile al lavoro a seguito di malattia o infortunio, si prega di precisarlo qui:

Luogo

Data

Timbro e firma della ditta