

Alla Sede Inail di _____

Via _____

Cap _____ Pv _____

(oppure via mail o PEC)

CODICE UTENTE INAIL _____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a

a _____ il _____ domiciliato/a a

_____ in Via/Piazza _____

Codice fiscale _____

iscritto/a all'Assicurazione contro gli infortuni in ambito domestico (legge 3 dicembre 1999, n. 493) mediante autocertificazione in quanto esonerato/a dal pagamento del premio, dichiara di non essere più in possesso di tutti i requisiti previsti dagli articoli 6 e 7 della L. 493/1999 e chiede pertanto la cancellazione dall'assicurazione.

Data _____

Firma _____

Si allega copia del documento di identità.