

Modulo per decisione di attribuzione

Dati sull'azienda:

Nome del datore di lavoro:	
Indirizzo del datore di lavoro:	
Attività del datore di lavoro:	
Telefono del datore di lavoro:	
Email del datore di lavoro:	

Assicuratore LAINF precedente, data di annullamento: (se disponibile)

Assicuratore:	
Data di annullamento:	

Notifica per:

Me	<input type="checkbox"/>	il mio mandante	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	-----------------	--------------------------

Indicare almeno tre assicuratori LAINF che hanno rifiutato di accordare la copertura:

Assicuratore (nome, motivazione)	
Assicuratore (nome, motivazione)	
Assicuratore (nome, motivazione)	

Monte salari annuo (secondo di dichiarazione salariale dell'AVS)

Anno	Uomini		Donne	
	Infortuni professionali	Infortuni non professionali	Infortuni professionali	Infortuni non professionali
2024				
2023				
2022				
2021				
2020				

Se l'azienda ha come forma giuridica "Sagl" o "SA":

L'azienda dispone di altro personale oltre alle persone con diritto di firma indicate nel registro di commercio?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
--	--

Luogo, data

Firma e timbro dell'azienda

--	--