INAIL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

Allegato 1
Mod. 177/Prestazioni

Alla Sede di _____

OGGETTO: SCELTA DELLA MODALITÀ DI PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI ECONOMICHE.

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____a _____ Prov. ___Sesso __Codice fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____ CAP _____

In Via/Piazza _____ N. civico _____ Telefono _____

Cell. _____Email * _____

Chiede che il pagamento delle prestazioni economiche venga disposto mediante:

☐ **Accredito su conto corrente o libretto nominativo bancario o postale**

Banca/Ufficio postale _____

Indirizzo: Comune _____ Prov. _____

Via/Piazza _____ N. civico _____ Agenzia n. _____

Codice IBAN																										

Intestato a: Cognome _____ Nome _____

Cointestato a: Cognome _____ Nome _____

☐ **Accredito su carta prepagata N.** _____ (previa verifica del limite massimo di caricamento)

Intestata a: Cognome _____ Nome _____

Codice IBAN																										

☐ **Assegno circolare non trasferibile intestato all'assistito** (**solo per importi fino a 1.000 Euro, art. 12 legge 22 dicembre 2011, n. 214).**

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 d'ora l'INAIL stesso da ogni responsabilità che dovesse derivare dalla mancata o tardata comunicazione.
Allega fotocopia del documento di riconoscimento.**

Data _____ Firma dell'assistito _____

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 dell'assistito _____

*Indicare l'indirizzo e-mail qualora si volesse essere contattati anche tramite posta elettronica
**Obbligatoria solo se il modulo non viene consegnato personalmente dall'assistito.