



ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE  
CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

**Mod. A3-Amianto**

**Schema domanda per Comma 7 -  
Lavoratore assicurato INAIL**

Alla Sede INAIL di ..... Via/Piazza ..... Cap ..... Prov. ....
---

**OGGETTO:** Domanda di riconoscimento dell'esposizione all'amianto ai fini della concessione dei benefici previdenziali.  
(Art. 13, comma 7, legge n. 257/92, modificato dalla legge n. 271/93).

\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_

Codice Fiscale:

nat\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_) il \_\_/\_\_/\_\_, Sesso M [ ] F [ ]

e residente in \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_), Via/P.zza \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_

chiede il rilascio del certificato attestante l'avvenuto riconoscimento, da parte di codesto Istituto, di malattia professionale causata dall'amianto ed il riconoscimento dei relativi periodi lavorativi di esposizione all'amianto.

A tal fine:

1) allega la seguente documentazione:

---



---



---

2) chiede che tutte le comunicazioni siano inoltrate al seguente indirizzo(\*):

Presso: \_\_\_\_\_

Via/P.zza \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ )

3) (facoltativo) dichiara di volersi avvalere del seguente Patronato ed allega la relativa delega:

Patronato: \_\_\_\_\_

Via/P.zza \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

\_\_\_\_\_, li \_\_/\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)

(\* ) indicare solo se diverso da quello di residenza