

**Domanda presentata il :**

\_\_\_\_\_ Prot. \_\_\_\_\_/A COOP \_\_\_\_\_ C.O. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**SUSSUDIO DI INVALIDITÀ ASSOLUTA CAUSATA DA INFORTUNIO SUL LAVORO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Dipendente della Cooperativa \_\_\_\_\_

***FA DOMANDA***

onde ottenere il sussidio per invalidità assoluta permanente causata da **infortunio sul lavoro**  
avvenuto in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

***Allego:***

- Certificato di Stato di Famiglia.
- Certificazione I.N.A.I.L. attestante il riconoscimento del grado di invalidità.
- Fotocopia dichiarazione spettanza detrazioni fiscali.

***FIRMA***

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

\_\_\_\_\_

**Documentazione da allegare alla domanda:** stato di famiglia; certificazione INAIL attestante il riconoscimento del grado di invalidità; fotocopia della dichiarazione di spettanza detrazioni sottoscritta dall'operaio(in caso di richiesta di integrazione); ogni altro documento che il Consiglio di Amministrazione riterrà opportuno richiedere.