Modulo Domanda **Lavoratore**
Anno 2025

All'Inail Direzione centrale rapporto assicurativo
dcra@postacert.inail.it

oppure

Raccomandata R.R.
All'Inail Direzione centrale rapporto assicurativo
Piazzale Giulio Pastore, 6
00144 Roma

Domanda di accesso alle prestazioni del Fondo vittime dell'amianto in favore di lavoratori che hanno contratto patologie asbesto-correlate durante l'attività lavorativa svolta nei cantieri navali

SOGGETTO RICHIEDENTE: LAVORATORE

Il/La sottoscritto/a _____
cognome nome

nato/a a _____ (___), il _____
indicare il comune di nascita e la sigla provincia GG/MM/AAAA

residente a _____ (___)
indicare il comune e la sigla della provincia

in via _____, n. ____ Cap _____
indicare l'indirizzo, completo di numero civico e di codice di avviamento postale

codice fiscale_____ recapito telefonico _____

email _____@_____
indirizzo mail o pec

che ha contratto una patologia asbesto-correlata durante l'attività lavorativa nei cantieri navali, per i quali hanno trovato applicazione le disposizioni dell'articolo 13, comma 7, della legge 27 marzo 1992, n. 257, prestata nei confronti della seguente

IMPRESA

_____ codice fiscale _____
denominazione

sede legale _____ (_____)
indicare il comune e la sigla della provincia

in via _____, n. _____ Cap _____
indicare l'indirizzo, il numero civico e il codice di avviamento postale

CHIEDE

di accedere alle prestazioni del Fondo vittime dell'amianto in quanto destinatario del risarcimento del danno patrimoniale e non patrimoniale sulla base di quanto disposto con sentenza esecutiva, verbale di conciliazione giudiziale depositati entro il 31 dicembre 2025 o verbale di conciliazione comunque sottoscritti in sede protetta entro il 31 dicembre 2025 (articolo 24, decreto-legge 30 marzo 2023, n. 34, convertito con modificazioni dalla

legge dalla legge 26 maggio 2023, n. 56, come modificato dal decreto-legge 19 febbraio 2026, n. 19 convertito con modificazioni dalla legge 20 aprile 2026, n. 50).

DICHIARA

- che il grado di inabilità della patologia asbesto-correlata riconosciuta dall'Inail rientra nella seguente fascia:

(barrare l'opzione corrispondente)

- ☐ fino al 20%
- ☐ dal 21% al 40%
- ☐ dal 41% al 60%
- ☐ dal 61% all'80%
- ☐ dall'81% al 100%

- che l'impresa debitrice non ha adempiuto alla propria obbligazione
- di aver dato comunicazione alla società debitrice della presentazione della presente domanda all'Inail
- di essere a conoscenza che la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni sopra riportate, comporta ai sensi dell'articolo 75 del d.P.R. n. 445/2000 la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato nonché la responsabilità penale ai sensi dell'art. 76 del medesimo d.P.R. n.445/2000
- di essere informato, ai sensi del decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, recante *"Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)"*, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

SI IMPEGNA

- a comunicare all'Inail gli sviluppi e gli esiti del giudizio relativo al risarcimento del danno, successivi alla presente domanda
- a restituire quanto eventualmente ricevuto dall'Inail in caso di riforma della sentenza in senso sfavorevole.

Ai fini dell'accredito del beneficio di cui all'articolo 1 del decreto-legge 30 marzo 2023, n. 34 convertito con modificazioni dalla legge dalla legge 26 maggio 2023, n. 56, si comunicano i seguenti dati Iban:

Codice IBAN _____

indicare il codice alfanumerico composto di 27 caratteri o, nel caso di Stato estero, i riferimenti del conto aperto in Paese Sepa o extra Sepa

intestato a: _____

cognome e nome

cointestato a: _____

cognome e nome

Denominazione Banca _____

N° Agenzia o ufficio postale _____

Si allegano:

- copia del documento di riconoscimento (carta di identità, passaporto, patente di guida)

- copia della sentenza esecutiva o del verbale di conciliazione giudiziale depositata/o entro il 31 dicembre 2025, o verbale di conciliazione comunque sottoscritto in sede protetta entro il 31 dicembre 2025, che individua l'impresa debitrice e il lavoratore destinatario del risarcimento del danno, patrimoniale e non patrimoniale.

Luogo _____ Data _____

Il Dichiarante

_____

firma per esteso e leggibile