

IPSEMA
Istituto di Previdenza per il Settore Marittimo

Sede di

DENUNCIA DI ISCRIZIONE

per le assicurazioni obbligatorie contro gli infortuni e le malattie professionali (TU 1124/65) e per le malattie (L.831/38)

dell'equipaggio della **nave** _____

Decorrenza dell'assicurazione _____

Dati relativi all' **ARMATORE**

In caso di Società :

Denominazione o Ragione sociale

Natura giuridica

Legale rappresentante (indicare nome e carica).....

Sede legale (città-prov-via-cap).....

Sede Amministrativa (città-prov-via-cap)

In caso di persona fisica :

Cognome e nome Data di nascita

Indirizzo (città-prov.-via-cap).....

----- ***** -----

Cod.Fisc. Partita IVA Posiz. INAIL

tel. fax e-mail

Precedente Armatore :

Dati relativi al **PROPRIETARIO**

(se diverso dall'armatore)

<u>Cognome</u>	<u>Nome</u>	<u>Indirizzo</u>	<u>Carati</u>
.....
.....
.....

Precedente Proprietario :

