

Alla sede Inail di

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
domiciliato/a a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ iscritto/a all'Assicurazione contro gli infortuni in ambito  
domestico (Legge 3 dicembre 1999, n. 493) mediante autocertificazione in quanto esonerato/a dal  
pagamento del premio, dichiara di non essere più in possesso di tutti i requisiti previsti dagli  
articoli 6 e 7 della L. 493/1999 e chiede pertanto la cancellazione dall'assicurazione.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_