

**DENUNCIA INFORTUNIO PRESIDENTE, MEMBRI GE,  
MEMBRI COLLEGIO REVISORI DEI CONTI E DELEGATI DALLA CORTE DEI CONTI**

Polizza n.: 0472.0701883.37		Contraente: INFN	
Struttura INFN:			
Data denuncia:			
<b>ASSICURATO</b>			
Cognome:		Nome:	
Codice Fiscale:		Luogo e Data di nascita:	
Indirizzo:			
Cap:	Città:	Prov.:	
E-mail:			
Telefono:		Matricola:	
<b>SINISTRO</b>			
Data:	Ora:	Luogo:	
Descrizione sinistro (riportare tutte le informazioni a disposizione):			
Prime cure prestate:			
dove?	da chi?	quando?	
Assistenza INAIL?	NO	SI	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
All.:			

**Assicurato**

---