

## DENUNCIA di SINISTRO OSPITI STRANIERI

Polizza n.: 31007051		Contraente: INFN	
Struttura (Laboratorio o Sezione):			
Data denuncia:			
<b>ASSICURATO</b>			
Cognome:		Nome:	
Codice Fiscale:		Luogo e Data di nascita:	
Indirizzo:			
Cap e città:	Prov.:	Stato:	
E-mail:			
Telefono:			
<b>SINISTRO</b>			
Data:	Ora:	Luogo:	
Descrizione sinistro (riportare tutte le informazioni a disposizione):			
Prime cure prestate:			
dove?	da chi?	quando?	
All.:			

**Timbro e Firma Direttore Struttura INFN**

**Assicurato**

---



---