

DENUNCIA di RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI

| | | |
|---------------------------------------|------|------------------|
| Polizza n.: 0472.0701878.30 | | Contraente: INFN |
| Struttura (Laboratorio o Sezione): | | |
| Data denuncia: | | |
| Persona di riferimento e/o coinvolta: | | |
| <i>SINISTRO</i> | | |
| Data: | Ora: | Luogo: |
| Descrizione sinistro: | | |

All.:

| |
|--|
| |
|--|

Timbro e Firma Direttore Struttura INFN
