

DENUNCIA di INFORTUNIO PROFESSIONALE

Polizza n.: 0472.0701881.41		Contraente: INFN	
Struttura (Laboratorio o Sezione):			
Data denuncia:			
ASSICURATO			
Cognome:		Nome:	
Codice Fiscale:		Luogo e Data di nascita:	
Indirizzo:			
Cap:	Città:	Prov.:	
E-mail:			
Telefono:		Matricola:	
SINISTRO			
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.:			

Timbro e Firma Direttore Struttura INFN

Assicurato
