

DENUNCIA di MALATTIA OSPITI STRANIERI

Polizza n.: 0472.0701880.43		Contraente: INFN	
Struttura (Laboratorio o Sezione):			
Data denuncia:			
<i>ASSICURATO</i>			
Cognome:		Nome:	
Codice Fiscale:		Luogo e Data di nascita:	
Indirizzo:			
Cap e città:	Prov.:	Stato:	
E-mail:			
Telefono:			
<i>SINISTRO</i>			
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
