

AZIENDA OSPEDALIERA "SAN CAMILLO-FORLANINI"
Modulo denuncia Assicurazione

Data _____

Operatore: _____

Tipologia segnalazione: _____

richiesta risarcimento

Proveniente da:

DIPENDENTE

TERZO

VOLONTARIO

TIROCINANTE

ALTRI

DATI DEL RICHIEDENTE:

COGNOME _____

NOME _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

DOMICILIO/RESIDENZA _____

RECAPITO TELEFONICO _____

CELLULARE _____

RELAZIONE DEI FATTI

FIRMA

LUOGO/ UBICAZIONE

EVENTUALI TESTIMONI

Perito/Accertatore danno: In caso di danno a vettura si prega di contattare : PERITO ON LINE
via mail peritoonlinesrl@virgilio.it oppure via cavo **06 5013699/ fax 065000500**

**La presente richiesta non equivale a riconoscimento di responsabilità in merito ai fatti
narrati ma rappresenta unicamente un accertamento preventivo del danno richiesto.**