

Avviso di inabilità al lavoro per malattia

Polizza n.	
Compagnia assicurativa	
1. Contraente	
Cognome, nome/azienda	
Indirizzo	
Telefono	
Persona di contatto	
Indirizzo e-mail	
2. Informazioni sulla persona ammalata	
Cognome, nome	
Indirizzo	
Telefono privato	
Data di nascita	
Nazionalità e domicilio	
3. Indicazioni del medico	
Cognome, nome	
Indirizzo	
Telefono	

Inviare

Stampare



