



Istituto:

POLIZZA INFORTUNI ALLIANZ N. 254954366 – RICHIESTA DI INCLUSIONE ASSICURATI

Da trasmettere a: CNR - Contributi.previdenziali@cnr.it

Prog. N°	Nominativo	Codice Fiscale	Tipo Categoria (*) vedasi legenda in calce	Data inizio attività (**)	Data fine attività
			<input type="checkbox"/> Cat. A) <input type="checkbox"/> Cat. B) <input type="checkbox"/> Cat. C) <input type="checkbox"/> Cat. D)	/ /	/ /
			<input type="checkbox"/> Cat. A) <input type="checkbox"/> Cat. B) <input type="checkbox"/> Cat. C) <input type="checkbox"/> Cat. D)	/ /	/ /
			<input type="checkbox"/> Cat. A) <input type="checkbox"/> Cat. B) <input type="checkbox"/> Cat. C) <input type="checkbox"/> Cat. D)	/ /	/ /
			<input type="checkbox"/> Cat. A) <input type="checkbox"/> Cat. B) <input type="checkbox"/> Cat. C) <input type="checkbox"/> Cat. D)	/ /	/ /
			<input type="checkbox"/> Cat. A) <input type="checkbox"/> Cat. B) <input type="checkbox"/> Cat. C) <input type="checkbox"/> Cat. D)	/ /	/ /
			<input type="checkbox"/> Cat. A) <input type="checkbox"/> Cat. B) <input type="checkbox"/> Cat. C) <input type="checkbox"/> Cat. D)	/ /	/ /

(**) la copertura assicurativa decorre dalla data di ricevimento del presente modulo o dalla data indicata se successiva

FIGURE EQUIPARATE

- A) TIROCINANTI STAGISTI
- B) STUDENTI ue e Extra UE
- C) COLLABORATORI A VARIO TITOLO
- D) ALTRO

(FIRMA E TIMBRO)