



Modulo proposta TUTELA LEGALE PERSONALE SANITARIO

Contraente		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel. Abitazione	Cellulare	
E-mail	Fax	
Cod. Fiscale		
Partita IVA		
Data di nascita	Luogo di nascita	Prov.
Iscritto all'Ordine di		Iscrizione Nr.
<input type="checkbox"/> Medico dipendente pubblico con esclusione di: Ginecologia, Ortopedia, Neurochirurgia, Cardiocirurgia, Anestesia, Neonatologia, Chirurgia plastica. <input type="checkbox"/> Medico dipendente pubblico specializzato in: Ginecologia, Ortopedia, Neurochirurgia, Cardiocirurgia, Anestesia, Neonatologia, Chirurgia plastica. <input type="checkbox"/> Medico specializzando / giovane medico. <input type="checkbox"/> Medico libero professionista che non svolge attività invasive nè interventi chirurgici. <input type="checkbox"/> Medico libero professionista che svolge attività invasive ma non interventi chirurgici. <input type="checkbox"/> Medico libero professionista che svolge attività invasive e interventi chirurgici con esclusione di: Ginecologia, Ortopedia, Neurochirurgia, Cardiocirurgia, Anestesia, Neonatologia, Chirurgia plastica. <input type="checkbox"/> Medico libero professionista che svolge attività invasive e interventi chirurgici specializzato in: Ginecologia, Ortopedia, Neurochirurgia, Cardiocirurgia, Anestesia, Neonatologia, Chirurgia plastica. <input type="checkbox"/> Medici Dentisti e Odontoiatri. <input type="checkbox"/> Personale sanitario non medico con esclusione di ostetriche. <input type="checkbox"/> Ostetriche.		
Effetto	Scadenza	
MASSIMALE €	Per anno e per sinistro	
IMPORTO TOTALE	€	

Luogo e data della sottoscrizione _____, il ____ | ____ | _____



Il Proponente _____