

Numero sinistro _____:	
Data evento:	Data richiesta di risarcimento:
Richiedente (controparte):	
Struttura coinvolta:	
Struttura ospedaliera sede di AAT:	
<p>Sintesi evento</p>	
Criticità rilevata/e:	
Responsabilità:	
Riserva _____ al _____:	
Importo pagato: ---	