

## DENUNCIA INFORTUNIO

### Dati dell'ente di appartenenza dell'infortunato/a

|               |                |
|---------------|----------------|
| Denominazione | Codice fiscale |
| Indirizzo     | Comune         |
| Telefono      | Mail           |
| N° POLIZZA    |                |

### Dati dell'infortunato/a

|                                                    |                |
|----------------------------------------------------|----------------|
| Cognome                                            | Nome           |
| Luogo di nascita                                   | Codice Fiscale |
| Indirizzo                                          | Comune         |
| CAP                                                | Telefono       |
| Mail                                               | Cellulare      |
| Numero tessera SPORTFORMA                          |                |
| Qualifica dell'iscritto/a (socio/a o volontario/a) |                |
| IBAN                                               |                |

**Per aprire un sinistro infortuni è obbligatorio allegare sempre la documentazione medica.**

Data accadimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Ora accadimento: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Luogo accadimento: \_\_\_\_\_

Descrizione dettagliata dell'avvenimento e delle cause che lo hanno provocato:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**I SOTTOSCRITTI DICHIARANO CHE LE INDICAZIONI CHE PRECEDONO SONO CONFORMI AL VERO E NE ASSUMONO LA PIENA RESPONSABILITÀ.**

\_\_\_\_\_  
Firma dell'infortunato/a

\_\_\_\_\_  
Firma del Presidente /  
Referente Sportforma