

MODULO DENUNCIA INFORTUNIO - UISP

(DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO)

N. SINISTRO _____

DATI ANAGRAFICI DELL'INFORTUNATO

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ IL _____

COD. FISC. _____ PROFESSIONE: _____

PATERNITA' e MATERNITA' (obbligatoria in caso di minore) _____

INDIRIZZO _____ N. _____

COMUNE _____ PR. _____ C.A.P. _____

TEL. _____ CELL. _____

E-MAIL _____

N. TESSERA UISP _____ DISCIPLINA SPORTIVA _____

TIPO TESSERA: A G D DIRC DIRM

TIPO INTEGRATIVA (eventuale): B1 B3 D3 C M M-BASE

ASSOCIAZIONE / SOCIETA' / CIRCOLO _____

DATA RILASCIO TESSERA _____

ESTREMI INFORTUNIO

DATA INFORTUNIO _____ GARA/ALLENAMENTO _____

LUOGO _____ PR. _____

DESCRIZIONE CHIARA E CIRCOSTANZIATA E DELLE CAUSE CHE LO HANNO PROVOCATO: _____

TESTIMONI: _____

INFORTUNI PRECEDENTI? (SI/NO) _____ DATA _____

QUALI LESIONI AVEVA RIPORTATO? _____

DATA _____

FIRMA (dell'Infortunato o di chi ne fa le veci o dell'avente diritto)

DA COMPILARSI A CURA DELL'ASSOCIAZIONE / SOCIETA' SPORTIVA / CIRCOLO

SOCIETA' _____ C.A.P. _____ PR. _____

COMUNE _____ INDIRIZZO _____

TEL/FAX. _____ AFFILIAZIONE N. _____ DEL _____

DATA _____

TIMBRO _____

FIRMA _____

PRIMA DI SPEDIRE IL PRESENTE MODULO PER RACCOMANDATA A/R AL:
CENTRO LIQUIDAZIONE SINISTRI UISP - CARIGE ASSICURAZIONI S.p.A. - VIA SAPRI, 34/9 - 20156 MILANO
CONTATTARE IL NUMERO VERDE 800.81.11.14 PER FARSI COMUNICARE IL NUMERO DI SINISTRO
CHE DOVRA' ESSERE RIPORTATO NEL PRESENTE MODULO.

MOD. 6/06