

MODULO DENUNCIA LESIONI POLIZZA C.S.E.N.

(DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO)

DATI ANAGRAFICI DELL'INFORTUNATO

COGNOME: _____ NOME: _____

PATERNITA' (OBBLIGATORIA IN CASO DI MINORE): _____

INDIRIZZO VIA: _____ N.: _____

COMUNE: _____ PROV.: _____ CAP: _____

CODICE FISCALE: _____ TEL.: _____

NATO A: _____ IL: _____

DISCIPLINA SPORTIVA _____

TIPO TESSERA: BASE INTEGRATIVA A INTEGRATIVA B ATTIVITA' MOTORISTICHE

SOCIETA' _____ DATA RILASCIO TESSERA _GG / _MM / _AAAA_

ESTREMI LESIONE

DATA LESIONE: _____ GARA/ALLENAMENTO _____

LUOGO: _____ PROVINCIA: _____

INFORTUNI PRECEDENTI? (SI/NO): _____ IN DATA: _____

QUALI LESIONI AVEVA RIPORTATO? _____

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

TESTIMONI: _____

DATA E LUOGO: _____

Il sottoscritto dichiara di consentire, ai sensi di legge 196/2003 (riservatezza dei dati personali) al trattamento dei dati personali nello svolgimento del rapporto assicurativo. Tale trattamento sarà improntato a principi di correttezza e trasparenza. I dati non saranno comunicati ad altri soggetti. In ogni momento sarà possibile richiedere la modifica o la cancellazione dei dati.

N. TESSERA C.S.E.N.: _____ FIRMA: _____

DA COMPILARSI A CURA DEL COMITATO PROVINCIALE/REGIONALE

COMITATI DI : _____

INDIRIZZO: _____ TEL: _____ A

PRESIDENTE PROVINCIALE/REGIONALE _____

TIMBRO: _____ FIRMA: _____

**DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO ED INVIARE ALLA SEGRETERIA
C.S.E.N. VENETO – VIA SAN CRISPINO 26 – 35129 PADOVA
FAX 049 2108820**