

MODULO DI DENUNCIA INFORTUNIO

Da inviare, entro 30 giorni dal sinistro, al Comitato Provinciale Csain di Treviso
tel. fax 0422.305734

Data Sinistro _____	Comitato provinciale di _____
Luogo _____	Sodalizio _____
Tipo di attività _____	Indirizzo _____

NOMINATIVO ASSICURATO

Cognome _____	Indirizzo _____
Nome _____	Comune _____ Cap _____
Codice Fiscale _____	Telefono _____
	Email _____
Nato a: _____	Tessera Associativa n. _____
Data di nascita _____	Rilasciata il _____

DESCRIZIONE DELL'EVENTO CHE HA PROVOCATO IL SINISTRO

DICHIARO CHE L'INFORTUNIO SI E' VERIFICATO

- Nella Sede dell'Associazione sportiva
- Durante un'attività istituzionale organizzata da C.S.A.IN
(allegare fotocopia locandina o calendario gare)
- In altro luogo

Data.....

Firma

- ALLEGARE:** 1. certificato medico del danno subito
2. Fotocopia tessera associativa C.S.A.IN (fronte/retro)
3. Fotocopia codice fiscale
4. Dichiarazione attività firmata dal presidente