



Il presente modulo deve essere inviato all'A.S.I. - Via della Colonna Antonina, 41 - 00186 ROMA, tramite raccomandata A.R. entro 3 giorni dall'infortunio. Le denunce effettuate in altri modi e/o oltre i termini suddetti non saranno valide.

Generalità infortunato		Data iscrizione	Numero tessera
Cognome			
Nome		Data di nascita	
Via		Città	Prov.
c.a.p.	Tel.	Tel.	Fax
Società di appartenenza			
Data avvenimento			
Luogo avvenimento			
Testimoni			
Descrizione del fatto			
Lesioni subite			
Prognosi			
Pronto Soccorso si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		Ricovero si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>	
		Altro si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>	

Il sottoscritto dichiara di aver risposto alle precedenti domande in modo scrupolosamente completo e veritiero e si fa garante dell'esattezza delle dichiarazioni rilasciate.

Firma del Presidente
della Società Sportiva

Firma dell'Assicurato

Data

Tipografia 02-16760754/006 - LATHA