



MODULO DI DENUNCIA SINISTRO - RCT

TERZO DANNEGGIATO

RUOLO:	ALLIEVO	<input type="checkbox"/>	COLLABORATORE	<input type="checkbox"/>
COGNOME:	_____			
NOME:	_____			
CODICE FISCALE:	_____			
INDIRIZZO:	_____			
CITTA':	_____	cap	_____	prov.
TELEFONO	_____	CELLULARE	_____	_____
MAIL:	_____			

DATI GENITORI (SE ATLETA MINORENNE)

PADRE:

COGNOME _____

NOME: _____

MADRE

COGNOME _____

NOME: _____

EVENTO:

DATA EVENTO: _____ **ORA:** _____

LOCALITA' EVENTO _____

INDIRIZZO EVENTO: _____

DESCRIZIONE EVENTO:

LESIONE SUBITE:

PRESTAZIONI SANITARIE RICEVUTE:

COSE DANNEGGIATE _____

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA CHE LE INDICAZIONI DI CUI SOPRA SONO COMPLETE E CONFORMI AL VERO

DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO (O CHI PER ESSO)
