

**MODULO DENUNCIA LESIONI**  
**CONVENZIONE FIJLKAM / POSTE ASSICURA 31.12.2019 -31.12.2021**  
**POLIZZA N. 0000084002**

(DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO ed INVIARE **ENTRO 30 GG** DALL'EVENTO)

**DANNEGGIATO**

NOME / COGNOME _____	Cod. Fisc. _____		
INDIRIZZO _____	CITTÀ _____	CAP _____	PROV. _____
TEL. _____	CELL. _____	NR. TESSERA FIJLKAM _____	
CATEGORIA ASSICURATO: <input type="checkbox"/> Tesserati/ Tesserati promozionali <input type="checkbox"/> Club Azzurro <input type="checkbox"/> Soggetti A <input type="checkbox"/> Soggetti B			
EMAIL _____			
POLIZZA: <input type="checkbox"/> BASE <input type="checkbox"/> INTEGRATIVA A <input type="checkbox"/> INTEGRATIVA B			
IBAN _____		INTESTATARIO _____	

**DATI GENITORI o Tutore (se tesserato minorenni)**

1) Nome / Cognome _____	Indirizzo _____		
Cap _____	Località _____	Prov. _____	Tel. _____
2) Nome / Cognome _____	Indirizzo _____		
Cap _____	Località _____	Prov. _____	Tel. _____

**EVENTO**

DATA EVENTO _____	ORA _____	DATA DENUNCIA _____
LOCALITA' _____		
AVVENUTO DURANTE		
<input type="checkbox"/> Allenamento <input type="checkbox"/> Gara <input type="checkbox"/> Trasferimento		
DESCRIZIONE EVENTO		
_____		
_____		
_____		
LESIONI SUBITE		
_____		
_____		
TESTIMONI		
1. _____ 2. _____		

**DA COMPILARSI A CURA DELLA SOCIETÀ SPORTIVA** – Obbligatorio in caso di attività sportiva svolta sotto l'egida FIJLKAM, attestante sotto la propria responsabilità, la veridicità della dichiarazione resa /art. 7 decreto 3/11/2010 assicurazione obbligatoria per gli sportivi dilettanti- GU 296 del 20.12.2010 –

SOCIETÀ _____	C.A.P. _____	PROV.: _____
COMUNE _____	INDIRIZZO _____	COD.FISCALE: _____
TEL. _____	AFFILIAZIONE N.: _____	DEL: _____
TIMBRO E FIRMA _____		