**Denuncia di Infortunio**

* **Inviare a : ITAS Assicurazioni – Agenzia Assifoce**

**Via Rimassa 179R – 16129 Genova  
Tel: 010 5955531– Fax: 010 5969621  
Email:** [**sinistrifie.assifoce**](mailto:sinistrifie.assifoce)**@gmail.com**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data** | **Ora** | **Località** |
|  |  |  |
| **Attività/Manifestazione durante la quale è avvenuto l’Infortunio** | | |
|  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Generalità dell’infortunato** | | | | | | | | | |
| Cognome | | Nome | | | | | | Codice Fiscale | |
|  | |  | | | | | |  | |
| Indirizzo | | | | | Cap | | Comune | | |
|  | | | | |  | |  | | |
| Telefono Fisso | Telefono Cellulare | | Indirizzo Email | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | |
| **Dati Associazione / Tessera** | | | | | | | | | |
| Associazione | | | | N. Tessera | | Anno | | | Data Rilascio |
|  | | | |  | |  | | |  |
| **Descrizione chiara e circostanziata delle cause del Sinistro** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Tipologia delle Lesioni** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Generalità di eventuali Testimoni** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Documentazione Allegata** | | |
| □ Fotocopia Tessera FIE | □ Documento Identità | □ Certificato Medico o del Pronto Soccorso |
| □ **Dichiarazione del Legale Rappresentante attestante la veridicità della dichiarazione** (solo per Allenamenti Individuali) | | |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Il sottoscritto dichiara che tutto quanto sovra esposto corrisponde a verità*** | |
| Data | FIRMA |