

MODULO DENUNCIA LESIONI POLIZZA C.S.E.N.

(DA COMPILARSI IN OGNI SUA VOCE IN STAMPATELLO)

DATI ANAGRAFICI DELL'INFORTUNATO

COGNOME: _____ NOME: _____

PATERNITA'(obbligatoriain asodi minori): _____

INDIRIZZO VIA: _____ N.: _____

COMUNE: _____ PROVINCIA: _____ C.A.P.: _____

CODICE FISCALE: _____ TELEFONO: _____ / _____

NATO A: _____ IL: _____

DISCIPLINA SPORTIVA: _____

TIPO TESSERA: BASE INTEGRATIVA A INTEGRATIVA B ALTRO

SOCIETA': _____ DATA RILASCIO TESSERA: _____

PROFESSIONE: _____

ESTREMI LESIONE

DATA SINISTRO: _____ GARA/ALLENAMENTO: _____

LUOGO: _____ PROVINCIA: _____

INFORTUNI PRECEDENTI? (SI/NO): _____ IN DATA: _____

DESCRIZIONE CHIARA E CIRCOSTANZIATA DELLE CAUSE CHE LO HANNO PROVOCATO:

TESTIMONI: _____

DATA E LUOGO: _____

N. TESSERA CSEN _____ FIRMA: _____

DA COMPILARSI A CURA DEL COMITATO PROVINCIALE/REGIONALE

COMITATO DI: _____

INDIRIZZO: _____ TEL: _____

PRESIDENTE PROVINCIALE/REGIONALE _____

TIMBRO: _____ FIRMA _____

**DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO E DA INVIARE
ESCLUSIVAMENTE AL:
CSEN - VIA ACHILLE LORIA, 15 - 00191 ROMA**