



MAG

MODULO DENUNCIA LESIONI
CONVENZIONE FIR "STAFF NAZIONALE" / POLIZZA Cattolica
Assicurazioni nr. 00079731000155

(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 FIR _____

Categoria Assicurata(*) Categoria E Categoria F

EMAIL _____

IBAN _____ INTESTATARIO _____

EVENTO

DATA EVENTO _____ ORA _____ DATA DENUNCIA _____

LOCALITA' _____

AVVENUTO DURANTE

Allenamento Gara Altro

DESCRIZIONE EVENTO (descrizione chiara e circostanziata delle cause che lo hanno provocato)

LESIONI SUBITE

Firma

Luogo e data _____

***DEFINIZIONI:**

Categoria E: - Membri dei Consigli e Commissioni regionali / Medici / Tecnici e Collaboratori

Categoria F: Tecnici Federali