Convenzione FIPSAS – GENERALI SPA
Pol. Nr. 410357861 30.06.2021 – 30.06.2024

Modulo Denuncia infortuni

MAG CONSULTING SRL

DATI ANAGRAFICI DELL'INFORTUNATO

COGNOME:_____NOME:_____

NATO/A A:_____PROVINCIA_____IL:_____/_____/_____

INDIRIZZO VIA:_____N._____

COMUNE:_____PROVINCIA:_____C.A.P.: _____

CODICE FISCALE: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| TELEFONO:_____

CELLULARE:_____**E-MAIL PER COMUNICAZIONI:** _____
(Genitore o Assicurato Maggiorenne – si prega di scrivere in stampatello)

N° TESSERA FIPSAS_____DISCIPLINA PRATICATA_____

CATEGORIA ASSICURATA - TIPO TESSERA: Socio o Dirigente Affiliato ☐ Dirigente Federale ☐ Tecnici Sportivi ☐ Atleta ☐

Giudice di Gara ☐ Guardia Giurata ☐ Tesserato Singolo ☐ Tesserato Amatoriale ☐ Attività natatorie ☐

GARANZIA BASE ☐ INTEGRATIVA SILVER ☐ INTEGRATIVA GOLD ☐

TESSERATO IL:___/____/_____SOCIETA' SPORTIVA /CIRCOLO/ SEZIONE PROVINCIALE _____

SOTTOSCRIZIONE TESSERA H24: ☐NO ☐SI, EMESSA IL :___/____/_____

DATI ANAGRAFICI DEI DUE GENITORI (OBBLIGATORIO IN CASO DI MINORE)

COGNOME NOME_____CODICE FISCALE |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

INDIRIZZO _____Località _____ Prov____CAP_____Tel._____

COGNOME NOME_____CODICE FISCALE |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

INDIRIZZO _____Località _____Prov_____CAP_____Tel._____

DATI BANCARI (PER EVENTUALE LIQUIDAZIONE)

Coordinate bancarie IBAN (27 cifre) |__|__| |__|__| |__| |__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Intestatario c/c bancario:_____Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

ESTREMI INFORTUNIO

DATA____/____/_____ORA____:____ *Barrare una delle due scelte, n caso di gara o manifestazione, riportare il nome dell'evento.*

TIPO ATTIVITA': ☐GARA_____☐MANIFESTAZIONE_____ ☐ALLENAMENTO ☐TRASFERIMENTO

CITTA'_____PROVINCIA_____TESTIMONI PRESENTI AL FATTO_____

DESCRIZIONE CHIARA E CIRCOSTANZIATA DELLE CAUSE CHE LO HANNO PROVOCATO_____

_____

BREVE DESCRIZIONE LESIONE _____

_____

INFORTUNI PRECEDENTI (SI/NO)_____IN DATA_____QUALI LESIONI AVEVA RIPORTATO_____

_____

DATA_____FIRMA ***(ASSICURATO o se minorenne di chi ne fa le veci)***_____

DA COMPILARSI A CURA DELL' SOCIETA' SPORTIVA/CIRCOLO
(in caso di "tesserato singolo" il modulo dovrà essere validato con timbro della sezione provinciale di riferimento)
Obbligatorio in caso di attività sportiva sotto l'egida della FIPSAS., attestante sotto la propria responsabilità, per la veridicità della dichiarazione resa /art. 7 decreto 3/11/2010 assicurazione obbligatoria per gli sportivi dilettanti- GU296 del 20.12.2010

NOME SOCIETA'SPORTIVA/CIRCOLO_____AFFILIAZIONE N°_____DEL:_____

INDIRIZZO_____N._____COMUNE_____PROVINCIA_____C.A.P._____

SEZIONE PROVINCIALE DI_____TEL/FAX_____E-MAIL_____

DATA_____TIMBRO E FIRMA _____