



Il presente modulo deve essere inviato all'A.S.I. - Via della Colonna Antonina, 41 - 00186 ROMA, tramite raccomandata A.R. entro 3 giorni dall'infortunio. Le denunce effettuate in altri modi e/o oltre i termini suddetti non saranno valide.

Generalità infortunato		Data iscrizione	Numero tessera		
Cognome					
Nome		Data di nascita			
Via	Città	Prov.			
c.a.p.	Tel.	Tel.	Fax		
Società di appartenenza					
Data avvenimento					
Luogo avvenimento					
Testimoni					
Descrizione del fatto					
Lesioni subite					
Prognosi					
Pronto Soccorso	si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>	Ricovero	si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>	Altro	si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>

Il sottoscritto dichiara di aver risposto alle precedenti domande in modo scrupolosamente completo e veritiero e si fa garante dell'esattezza delle dichiarazioni rilasciate.

Firma del Presidente della Società Sportiva  
Firma dell'Assicurato

Data .....

Mod. "A" - da inviare all'A.S.I. - Via della Colonna Antonina, 41 - 00186 ROMA