

MODULO DENUNCIA LESIONI
CONVENZIONE Federazione Italiana Sport Bowling/
CATTOLICA 30/09/2018 AL 30/09/2021
POLIZZA N. 00230131000658

(DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO ed INVIARE **ENTRO 30 GG** DALL'EVENTO
 all'indirizzo sinistrifsn@magjlt.com)

DANNEGGIATO

NOME / COGNOME _____	Cod. Fisc. _____
INDIRIZZO _____	CITTA' _____ CAP _____ PROV. _____
TEL. _____	CELL. _____ NR. TESSERA _____
EMAIL _____	
IBAN _____	INTESTATARIO _____

DATI GENITORI o Tutore (se tesserato minorenni)

1) Nome / Cognome _____	Indirizzo _____
Cap _____	Località _____ Prov. _____ Tel. _____
2) Nome / Cognome _____	Indirizzo _____
Cap _____	Località _____ Prov. _____ Tel. _____

EVENTO

DATA EVENTO _____	ORA _____	DATA DENUNCIA _____
LOCALITA' _____		
AVVENUTO DURANTE		
<input type="checkbox"/> Allenamento <input type="checkbox"/> Gara <input type="checkbox"/> Trasferimento		
DESCRIZIONE EVENTO		

LESIONI SUBITE		

TESTIMONI		
1. _____ 2. _____		

DA COMPILARSI A CURA DELLA SOCIETÀ SPORTIVA – Obbligatorio in caso di allenamento, attestante sotto la proprio responsabilità, la veridicità della dichiarazione resa /art. 7 decreto 3/11/2010 assicurazione obbligatoria per gli sportivi dilettanti- GU 296 del 20.12.2010 -

SOCIETÀ _____	C.A.P _____	PROV.: _____
COMUNE _____	INDIRIZZO _____	COD.FISCALE: _____
TEL. _____	AFFIAFFILIAZIONE N.: _____	DEL: _____
TIMBRO E FIRMA _____		