



MODULO DENUNCIA RESPONSABILITÀ CIVILE CONTRO TERZI
CONVENZIONE F.I.S.B. ARISCOM 30/06/2016 – 30/06/2018 POLIZZA NR 000048805
(DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO ed INVIARE ENTRO 30 GG DALL'EVENTO ALL'INDIRIZZO E-MAIL sinistrifsnrct@magjlt.com)

DANNEGGIANTE

| | | | |
|----------------------|------------------|------------------------|-------------|
| NOME / COGNOME _____ | Cod. Fisc. _____ | | |
| INDIRIZZO _____ | CITTA' _____ | CAP _____ | PROV. _____ |
| TEL. _____ | CELL. _____ | Nr. TESSERA FISB _____ | |
| EMAIL _____ | | | |

DATI GENITORI o Tutore (se tesserato minorenni)

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

ESTREMI DEL SINISTRO

| | | |
|--|-------------------------------|--------------------------------------|
| Data / ora del sinistro _____ | <input type="checkbox"/> Gara | <input type="checkbox"/> Allenamento |
| Luogo _____ | Provincia _____ | |
| Descrizione evento e delle cause che lo hanno provocato _____ _____ | | |
| Sono intervenute autorità di pubblica sicurezza ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO | | |
| Se sì quali ? <input type="checkbox"/> Polizia <input type="checkbox"/> Carabinieri <input type="checkbox"/> Polizia Municipale <input type="checkbox"/> Altro _____ | | |
| Danni provocati _____ | | |
| Testimoni _____ | | |
| Firma tesserato _____ | | |

DATI DANNEGGIATO

| | | |
|----------------------|--------------|------------------|
| Nome e Cognome _____ | | |
| Indirizzo _____ | Comune _____ | |
| C.F. _____ | Email _____ | |
| Provincia _____ | CAP _____ | Tel/ Cell. _____ |

DA COMPILARSI A CURA DELLA SOCIETÀ SPORTIVA DI APPARTENENZA (Campi obbligatori)

| | | |
|----------------------|-------------------------|--------------|
| SOCIETÀ _____ | Cod. Affiliazione _____ | |
| INDIRIZZO _____ | COMUNE _____ | Prov. _____ |
| CAP _____ | Tel. _____ | E-MAIL _____ |
| TIMBRO E FIRMA _____ | | |