



MODULO A

Data _____

Spett.le
UNIPOLSAI Assicurazioni Spa
Agenzia 39176 Roma
GADDI ASS. NI s.a.s. di A. Gaddi
Via della Camilluccia 535
00135 ROMA

e p.c. Spett.le
Segreteria Generale F.I.S.B.
Via Francesco Antolisei 25
00173 Roma

OGGETTO: Denuncia infortunio polizza n. 34365 177 32080785

Il sottoscritto:

Cognome e nome infortunato _____

Data e luogo di nascita _____

Domicilio _____

Numero di tessera e categoria _____

Comitato di appartenenza _____

Società di appartenenza _____

Data infortunio _____

Luogo infortunio _____

Denominazione gara _____

Diagnosi infortunio _____
(certificato medico allegato)

Testimoni _____

Descrizione infortunio _____

Firma Infortunato