



MODULO DENUNCIA LESIONI
CONVENZIONE Federazione Italiana Sport Bowling/
ARISCOM 30/06/2016 AL 30/06/2018
POLIZZA N. 0000048771

(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 _____		