

**MODULO DENUNCIA LESIONI POLIZZA C.S.E.N.**

(DA COMPILARSI IN OGNI SUA VOCE IN STAMPATELLO)

**DATI ANAGRAFICI DELL'INFORTUNATO**

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_

PATERNITA'(obbligatoria in asodi minori): \_\_\_\_\_

INDIRIZZO VIA: \_\_\_\_\_ N.: \_\_\_\_\_

COMUNE: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_ C.A.P.: \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

NATO A: \_\_\_\_\_ IL: \_\_\_\_\_

DISCIPLINA SPORTIVA: \_\_\_\_\_

TIPO TESSERA:         BASE         INTEGRATIVA A         INTEGRATIVA B         ALTRO

SOCIETA': \_\_\_\_\_ DATA RILASCIO TESSERA: \_\_\_\_\_

PROFESSIONE: \_\_\_\_\_

**ESTREMI LESIONE**

DATA SINISTRO: \_\_\_\_\_ GARA/ALLENAMENTO: \_\_\_\_\_

LUOGO: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_

INFORTUNI PRECEDENTI? (SI/NO): \_\_\_\_\_ IN DATA: \_\_\_\_\_

DESCRIZIONE CHIARA E CIRCOSTANZIATA DELLE CAUSE CHE LO HANNO PROVOCATO:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TESTIMONI: \_\_\_\_\_

DATA E LUOGO: \_\_\_\_\_

N. TESSERA CSEN \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

**DA COMPILARSI A CURA DEL COMITATO PROVINCIALE/REGIONALE**

COMITATO DI: \_\_\_\_\_

INDIRIZZO: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

PRESIDENTE PROVINCIALE/REGIONALE \_\_\_\_\_

TIMBRO: \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO E DA INVIARE  
ESCLUSIVAMENTE AL:**

**CSEN - VIA LUIGI BODIO 57 – 00191 ROMA**