



CONVENZIONE ASSICURATIVA R.C.T.
O.P.E.S. Italia - Organizzazione Per l'Educazione allo Sport

O.P.E.S. Italia Via Salvatore Quasimodo,129 – 00144 ROMA
Tel . 06.55179342 - Fax 06.55045031

DENUNCIA R.C.T.

Occorso a
(cognome e nome in stampatello)

Domiciliato a
(comune) (provincia) (c.a.p.) (indirizzo) (n. telef.)

DA COMPILARSI DALL'INFORTUNATO O DALL'AVENTE CAUSA

DATI PERSONALI ASSICURATO

Data di nascita
Luogo di nascita
Codice Fiscale
Professione
Attività praticata al momento dell'infortunio
.....

LESIONE	DATA
.....
.....
.....

ESTREMI DELL'INFORTUNIO

Località
Giorno ed ora
Generalità dei testimoni:
A. Cognome
Nome
Indirizzo
B. Cognome
Nome
Indirizzo
Eventuali Autorità Intervenute (Polizia, Carabinieri)
.....
di

DESCRIZIONE DELL'EVENTO chiara e circostanziata e delle cause che lo hanno provocato:
.....
.....
.....

Luogo e data Firma dell'assicurato tesserato Firma dell'Assicurato per il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs n. 196 del 30.06.2003 .
Firma Firma

DA COMPILARSI A CURA DELLA SOCIETA' SPORTIVA

Società di appartenenza Recapito telef.

SI DICHIARA CHE TUTTO QUANTO SOPRA ESPOSTO CORRISPONDE A VERITA'

Cognome, nome e qualifica del Dirigente che firma: Timbro Firma