



**MODULO DENUNCIA SINISTRO RESPONSABILITÀ CIVILE**  
**CONVENZIONE FEDERAZIONE ITALIANA SCHERMA**  
**POLIZZA GENERALI ASS.NI NR. 420354672 EFFETTO 31.08.2022 – 31.08.2023**

**DATI ANAGRAFICI DEL DANNEGGIANTE**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
 NATO/A A \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_  
 INDIRIZZO VIA: \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
 COMUNE \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
 CODICE FISCALE |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CELLULARE \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_  
*(Genitore o Assicurato Maggiorene – si prega di scrivere in stampatello)*  
 DATA TESSERAMENTO o AFFILIAZIONE SOC. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CODICE TESSERAMENTO O AFFILIAZIONE \_\_\_\_\_

CATEGORIA:  A  A – Paralimpici  B  C  D – Tessera promozionale 15gg  NON TESSERATI - Integrativa

**DATI ANAGRAFICI DEI DUE GENITORI (OBBLIGATORIO IN CASO DI MINORE)**

Nome Cognome \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
 Nome Cognome \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**ESTREMI DEL SINISTRO**

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ORA \_\_\_\_:\_\_\_\_ *Barrare una delle seguenti scelte e riportare il nome dell'evento.*  
 GARA  ALLENAMENTO  CONVOCAZIONE FIS  NOME EVENTO \_\_\_\_\_  
 LUOGO \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ TESTIMONI PRESENTI AL FATTO \_\_\_\_\_  
 DESCRIZIONE CHIARA E CIRCOSTANZIATA DELLE CAUSE CHE LO HANNO PROVOCATO \_\_\_\_\_  
 SONO INTERVENUTE AUTORITA' DI P. S.?  SI  NO SE SI QUALI?  POLIZIA  CARABINIERI  VIGILI URBANI  
 LOCALITA' DELLE AUTORITA' \_\_\_\_\_ DANNI PROVOCATI: \_\_\_\_\_

**DATI ANAGRAFICI DEL DANNEGGIATO**

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_ NATO/A A: \_\_\_\_\_ IL: \_\_\_\_\_  
 CODICE FISCALE: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| INDIRIZZO: \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
 COMUNE: \_\_\_\_\_ PR.: \_\_\_\_\_ C.A.P.: \_\_\_\_\_ TEL.: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_  
 DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ FIRMA DELL'INTERESSATO \_\_\_\_\_  
*(assicurato danneggiante o se minorene chi ne fa le veci)*

**DA COMPILARSI A CURA DELLA SOCIETA' AFFILIATA**

NOME SOCIETA' \_\_\_\_\_ AFFILIAZIONE N° \_\_\_\_\_ DEL: \_\_\_\_\_  
 INDIRIZZO \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
 TEL/FAX \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_  
 LA SOCIETA' DICHIARA CHE L'INFORTUNATO E' CORRETTAMENTE TESSERATO PER LA STAGIONE INTERESSATA? SI  NO   
 SI DICHIARA CHE IL SINISTRO E' AVVENUTO DURANTE: \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ TIMBRO E FIRMA SOCIETA' \_\_\_\_\_