



CONVENZIONE ASSICURATIVA INFORTUNI - LESIONI Modulo di Denuncia Infortuni

TESTIMONI

Cognome/Nome	Comune	Provincia	C.A.P.
Indirizzo	Telefono	Cell.	FAX

Cognome/Nome	Comune	Provincia	C.A.P.
Indirizzo	Telefono	Cell.	FAX

Data compilazione

**Firma dell'Infortunato/Assicurato
(avente causa in caso di minore)**

**Firma dell'Assicurato (avente causa in caso di minore)
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 DELL'ASSOCIAZIONE

Associazione di appartenenza		Nome del Presidente	
CAP	Comune	E-Mail	CODICE DI AFFILIAZIONE

SI DICHIARA CHE TUTTO QUANTO SOPRA ESPOSTO CORRISPONDE A VERITA'

Eventuali Note

Timbro e firma del Presidente dell'Associazione

DA COMPILARSI A CURA O.P.E.S. Italia Sede NAZIONALE (verifica Regolarità Amministrativa Infortunato)

Cognome/Nome (se tesserato)	Numero tessera	Tipo di tessera
Data rilascio Tessera	Data scadenza Tessera	

Timbro e firma - OPES Italia Nazionale
--