



MODULO DI APERTURA SINISTRO

Indicare categoria di appartenenza:

U16/U18 **JUNIORES** () Pol. **201482235** **SERIE A** () Pol. **201482236**

Dati anagrafici ASSICURATO

Cognome		Nome	
Nato a		Il.	
Residente a.	In via		
E.mail		Telefono	

Estremi dell'infortunio

Data:

Luogo:

Lesioni Riportate

-
-
-

Dichiarazione chiara e circostanziata delle cause che lo hanno provocato

-
-
-

Il Giocatore o Genitore

Il presente modulo, debitamente compilato e firmato, va inviato, unitamente al 1° referto medico (PSO o Medico intervenuto) al Cartellino dell'atleta ed alla lista gara (chiedere al T.Manager) per mail, a oll2assicurazioniesrl@gmail.com Per informazioni chiamare il numero 0574 426070