

DENUNCIA INFORTUNIO

Spett.le Agenzie Generali
NUOVA M.A.A. ASSICURAZIONI
ROMA Carpegna 0541
Via Madonna del Riposo 114
00165 ROMA

e p.c. alla FEDERAZIONE ITALIANA
BOCCE
Via Vitorchiano 113/115
00189 ROMA

Cognome e nome dell'infortunato

Data e luogo di nascita

Domicilio dell'infortunato

Numero di cartellino Categoria

Comitato d'appartenenza

Società d'appartenenza

Data dell'infortunio (giorno-mese-anno)

Luogo dell'infortunio

Denominazione gara

Diagnosi (certificato medico allegato)

Testimoni (nominativi e indirizzi)

Descrizione dell'infortunio

Firma del Presidente o Dirigente di Società
ove è avvenuto l'infortunio

Firma e timbro Presidente
Comitato Provinciale
o Territoriale

Firma direttore di gara
o Arbitro aggiunto

Firma infortunato