

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 del Danneggiante/Assicurato

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 DELL'ASSOCIAZIONE

(solo se danneggiante Tesserato)

Associazione di appartenenza		Nome del Presidente	
CAP	Comune	Fax	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 DELL'ASI NAZIONALE

(verifica Regolarità Amministrativa Danneggiante)

Cognome/Nome (se tesserato) – Denominazione (se Associazione)	Numero tessera (se tesserato) - codice affiliazione (se Associazione)
Data rilascio Tessera/Affiliazione	Data scadenza Tessera/Affiliazione

Timbro e firma - ASI Nazionale

N.B.: COMPILARE IL MODULO DI DENUNCIA INCIDENTE IN OGNI SUA PARTE IN STAMPATELLO ED INVIARE LO STESSO A MEZZO FAX ALLO 06 6992.0924, ENTRO 5 GIORNI DALLA RICHIESTA DANNI, A :

**Ufficio sinistri - A.S.I. Nazionale –
Via della Colonna Antonina ,41 – 00186 Roma
Tel. 06 6992.0228 - N. 06.6992.0924 e-mail: segreteria@alleanzasportiva.it**