

Denuncia infortunio
Alla Presidenza nazionale
Dell'Associazione Nazionale Carabinieri
Per tramite della Sezione di.....

I dati forniti attraverso il presente modulo saranno impiegati dall'ufficio di Presidenza (Locale o Nazionale) dell'ASSOCIAZIONE NAZIONALE DEI CARABINIERI per denunciare l'infortunio , precisato qui di seguito, alla Compagnia di Assicurazione .

INFORTUNATO

nome e cognome:

indirizzo del domicilio:

città: CAP: telefono:.....

data e luogo di nascita:

qualifica e mansione: (es.pensionato).....

.....

indirizzo e-mail :

.....

SINISTRO/INCIDENTE/INFORTUNIO/DECESSO

data: orario: località/sede/impianto:.....

.....

data dei primi soccorsi e/o la prima visita medica:

presidio sanitario che ha prestato i primi soccorsi e/o la prima visita medica:

.....

presidio e data di constatazione del decesso:

EVENTUALI TESTIMONI DELL'INCIDENTE/INFORTUNIO

nome, cognome:

indirizzo del domicilio:

telefono domicilio:

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO E DELLE CIRCOSTANZE IN CUI SI E' VERIFICATO (tipo di lavoro, mezzi di lavoro, dinamica, ecc.)

.....

.....

.....

.....

.....

Denuncia infortunio
*Alla Presidenza nazionale
Dell'Associazione Nazionale Carabinieri
Per tramite della Sezione di.....*

LESIONI RIPORTATE NELL'INFORTUNIO (fornire cartella clinica e/o ogni altro documentazione medica se disponibile)

.....
.....
.....

CONTROPARTE (per INFORTUNI provocati dalla circolazione stradale)

conducente

cognome, nome:

domicilio: telefono:.....

residenza:.....

proprietario

cognome, nome:

domicilio: telefono:

residenza:

tipo di veicolo: targa:

compagnia di assicurazione:

n. di polizza:

DATA di compilazione

FIRMA del compilatore

Allegati:

Certificato di pronto soccorso (o certificato di decesso) o altra idonea documentazione medica.