

Denuncia infortunio
All'Ufficio di Presidenza nazionale
Dell'Associazione Nazionale Carabinieri
Per tramite dell'Ufficio Provinciale di

I dati forniti attraverso il presente modulo saranno impiegati dall'ufficio di Presidenza (Nazionale o provinciale) dell'ASSOCIAZIONE NAZIONALE DEI CARABINIERI per denunciare l'infortunio o la malattia professionale, precisata qui di seguito, alla Compagnia di Assicurazione per il certificato di polizza emessa per l'anno 2022 n. **GZPAM00035L – LB.**

INFORTUNATO

nome e cognome:

..... indirizzo del
domicilio: città:
..... CAP: telefono:.....

data e luogo di nascita:

..... qualifica e
mansione: unità
organizzativa/reparto di appartenenza:
società:

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
DELL'INCIDENTE/INFORTUNIO**

TESTIMONI

nome, cognome:
..... indirizzo del

Denuncia infortunio
All'Ufficio di Presidenza nazionale
Dell'Associazione Nazionale Carabinieri
Per tramite dell'Ufficio Provinciale di

domicilio: telefono

domicilio:

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Denuncia infortunio
All'Ufficio di Presidenza nazionale
Dell'Associazione Nazionale Carabinieri
Per tramite dell'Ufficio Provinciale 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:
..... telef. no:.....
residenza:.....
.....

proprietario

cognome, nome:
.....
domicilio:..... .telef. no:
..... 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.