



Convenzione L.N.D. – INA ASSITALIA 2011-2012  
Modulo Denuncia Lesione – Tesserati L.N.D.

**DATI ANAGRAFICI DELL'INFORTUNATO**

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_  
NATO/A A: \_\_\_\_\_ IL: \_\_\_\_\_  
INDIRIZZO VIA: \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
COMUNE: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_ C.A.P.: \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_  
CELLULARE: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

**DATI ANAGRAFICI DEI DUE GENITORI (OBBLIGATORIO IN CASO DI MINORE)**

\_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_  
N° TESSERA L.N.D. DELL'INFORTUNATO \_\_\_\_\_ TIPO: CALCIATORI e TECNICI  DIRIGENTI   
Coordinate bancarie per la liquidazione: IBAN: \_\_\_\_\_  
Intestatario c/c bancario: \_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

**ESTREMI DELLA LESIONE**

DATA: \_\_\_\_\_ ORA: \_\_\_\_\_ GARA  ALLENAMENTO  TRASFERIMENTO   
LUOGO \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ TESTIMONI PRESENTI AL FATTO \_\_\_\_\_  
DESCRIZIONE CHIARA E CIRCOSTANZIATA DELLE CAUSE CHE LO HANNO PROVOCATO: \_\_\_\_\_

INFORTUNI PRECEDENTI (SI/NO) \_\_\_\_\_ IN DATA \_\_\_\_\_ QUALI LESIONI AVEVA RIPORTATO \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**DA COMPILARSI A CURA DELLA SOCIETA' SPORTIVA**

Calciatori oltre i 14 anni (non appartenenti al Settore Giovanile), Calciatori e Tecnici   
SOCIETA' \_\_\_\_\_ MATRICOLA NUMERO \_\_\_\_\_  
INDIRIZZO VIA: \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
COMUNE: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_ C.A.P.: \_\_\_\_\_  
TEL. FAX \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_  
DATA \_\_\_\_\_ TIMBRO E FIRMA \_\_\_\_\_

Spedire per raccomandata R.R. o via fax il presente modulo comprensivo di certificato di primo soccorso (o pronto soccorso) a:  
CENTRO LIQUIDAZIONE SINISTRI L.N.D. – INA ASSITALIA S.p.A.  
c/o NDG Srl P.zza della Nunziata 5/1 – 16124 GENOVA – n° di fax: 010 8992008

Sulla base di quanto espresso nell'informativa ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 196/2003 sottoallegata, apponendo la Sua firma in calce, Lei esprime il consenso al trattamento dei dati – eventualmente anche sensibili – effettuato da INA ASSITALIA, Agenzia Generale di Roma P4 e NDG Srl, alla loro comunicazione ai soggetti sopraindicati e al trattamento da parte di questi ultimi.

Luogo e data

Nome e cognome dell'/gli interessato/i (leggibili)

Firma

\_\_\_\_\_