



**CONVENZIONE ASSICURATIVA R.C.T.**

O.P.E.S. Italia - Organizzazione Per l'Educazione allo Sport

**Modulo da inviare compilato in ogni singola voce a:**

O.P.E.S. Italia Via Salvatore Quasimodo,129 – 00144 ROMA  
Tel . 06.55179342 - Fax 06.55045031

**DENUNCIA R.C.T.**

Occorso a .....  
(cognome e nome in stampatello)

Domiciliato a .....  
(comune) ( provincia ) (c.a.p.) (indirizzo) (n. telef.)

**DA COMPILARSI DALL'INFORTUNATO O DALL'AVENTE CAUSA**

**DATI PERSONALI ASSICURATO**

**ESTREMI DELL'INFORTUNIO**

Data di nascita .....  
Luogo di nascita .....  
Codice Fiscale .....  
Professione .....  
Attività praticata al momento dell'infortunio .....

Località .....  
Giorno ed ora .....  
Generalità dei testimoni:  
A. Cognome.....  
Nome .....  
Indirizzo .....  
B. Cognome.....  
Nome .....  
Indirizzo .....  
Eventuali Autorità Intervenute (Polizia, Carabinieri)  
.....  
di .....

LESIONE DATA  
.....  
.....  
.....

DESCRIZIONE DELL'EVENTO chiara e circostanziata e delle cause che lo hanno provocato: .....  
.....  
.....

Luogo e data ..... Firma dell'assicurato tesserato ..... 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 DELLA SOCIETA' SPORTIVA**

Società di appartenenza ..... Recapito telef. ....

Tipologia assicurativa      🍏 “Integrale A”      🍏 “Integrale B”

**SI DICHIARA CHE TUTTO QUANTO SOPRA ESPOSTO CORRISPONDE A VERITA'**

Cognome, nome e qualifica del Dirigente che firma: ..... Timbro ..... Firma .....