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.)** …………………………………………………………………….

……………………………………………………………… ……………………………………………………...

……………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………

**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.*