

TESTIMONI

Cognome/Nome	Comune	Provincia	C.A.P.
Indirizzo	Telefono	Cell.	FAX

Cognome/Nome	Comune	Provincia	C.A.P.
Indirizzo	Telefono	Cell.	FAX

Data compilazione

Firma del Danneggiante/Assicurato

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 DELL'ASSOCIAZIONE

(solo se danneggiante Tesserato)

Associazione di appartenenza		Nome del Presidente	
CAP	Comune	Fax	CODICE DI AFFILIAZIONE

SI DICHIARA CHE TUTTO QUANTO SOPRA ESPOSTO CORRISPONDE A VERITA'

Eventuali Note

Timbro e firma del Presidente dell'Associazione

DA COMPILARSI A CURA DELL'ASI NAZIONALE

(verifica Regolarità Amministrativa Danneggiante)

Cognome/Nome (se tesserato) – Denominazione (se Associazione)	Numero tessera (se tesserato) - codice affiliazione (se Associazione)
Data rilascio Tessera/Affiliazione	Data scadenza Tessera/Affiliazione

Timbro e firma - ASI Nazionale

N.B. COMPIRE IL MODULO DI DENUNCIA IN STAMATELLO ED INVIARE ESCLUSIVAMENTE A MEZZO POSTA O MAIL

UFFICIO SINISTRI - ASI Nazionale

Via Capo Peloro, 30 - 00141 – ROMA

ORARI: LUN. DALLE 14.00 ALLE 18.00 – MERC. E VEN. DALLE 11.00 ALLE 17.00

Tel. 06.69920228 – mail: ufficiosinistri@asinazionale.it