

**SPORTASS**  
**CASSA DI PREVIDENZA PER L'ASSICURAZIONE DEGLI SPORTIVI**

Ente pubblico – D.P.R. 1 Aprile 1978, n. 250  
Tel. (06) 88688227 – 88688228 – 88688241 - Telex 626416 IASPORT - Fax (06) 88688202  
00141 ROMA - Via Val d'Ala, 180

Modulo da inviare compilato in ogni singola voce ad ARA  
Via Brigata Liguria 105/r - 16121 Genova - Tel. 010 544371 - Fax 0105959498

Convenzione .....

**DENUNCIA D'INFORTUNIO**

occorso a .....  
(cognome e nome in stampatello) (paternità e maternità obbligatori in caso di infortuni a minorenni)

domiciliato a .....  
(cap) (comune) (provincia) (indirizzo) (n. telef.)

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

**DATI PERSONALI**

Data di nascita .....  
Luogo di nascita .....  
Codice Fiscale .....  
Professione .....  
Attività praticata al momento dell'infortunio  
.....  
Ha avuto precedenti infortuni? .....

LESIONE

DATA

.....  
.....  
.....

**ESTREMI DELL'INFORTUNIO**

Località .....  
Giorno ed ora .....  
Generalità dei testimoni:  
a) Cognome.....  
Nome .....  
Indirizzo .....  
b) Cognome.....  
Nome .....  
Indirizzo .....  
c) Cognome.....  
Nome .....  
Indirizzo .....  
Eventuali Autorità Interventute (Polizia, Carabinieri)  
.....  
di .....

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

.....  
.....  
.....  
.....

Luogo e data ..... Firma dell'assicurato .....

**DA COMPILARSI DALLA SOCIETA' SPORTIVA**

Società di appartenenza ..... Recapito telef. ....  
N. della tessera federale ..... Anno ..... Rilasciata in data .....  
L'infortunio è avvenuto: in gara? ..... organizzata da chi? .....  
In allenamento?..... controllato da chi? .....  
Eventuale assicurazione complementare: ..... data: ..... Importo: .....

SI DICHIARA CHE TUTTO QUANTO SOPRA ESPOSTO CORRISPONDE A VERITA'

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

.....

N.B.: Questo modulo viene utilizzato anche per la ricerca scientifica a fini statistici. Si prega di compilarlo con accuratezza.

### CERTIFICATO DEL MEDICO CURANTE

Generalità ed indirizzo del medico curante .....

..... Tel.....

1) Data della prima assistenza medica..... Da chi è stata prestata?.....

2) È ricoverato? ..... Se sì, dove?.....

3) Causa determinante della lesione .....

4) Tipo di trauma: contusione – ferita – distorsione – a) con lesione grave dei legamenti – b) con lesione lieve dei legamenti – lesione muscolo-tendinea – lussazione – frattura.

5) Sede e descrizione della lesione di cui al punto 4) .....

.....

.....

6) Versa l'infortunato in pericolo di vita? .....

7) Eventuali lesioni antecedenti, o infermità, o anomalie fisiche che possono aver influito sulla lesione .....

.....

.....

8) a) Periodo presumibile di inabilità al lavoro: TOTALE, giorni ..... PARZIALE, giorni .....

b) Può residuare invalidità permanente al lavoro generico? .....

Accertamenti diagnostici richiesti: .....

.....

Cure necessarie .....

.....

Il sottoscritto medico curante dichiara di avere risposto sotto la propria responsabilità alle precedenti domande con scienza, coscienza e verità.

IL MEDICO CURANTE

Data: .....

.....