



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

SOCIETA' \_\_\_\_\_ MATRICOLA N. \_\_\_\_\_

INDIRIZZO: \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

COMUNE: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_ C.A.P.: \_\_\_\_\_

TEL.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA SOC. SPORTIVA

\_\_\_\_\_

**N.B.: Per le modalità di inoltro del presente modulo consultare l'allegato "VADEMECUM GESTIONE SINISTRI LND". Si prega di NON allegare documentazione/fatture in originale bensì solo fotocopie ben leggibili.**