



MODULO PER INOLTRO DENUNCIA SINISTRO ALLA SEDE NAZIONALE A.N.P.A. TRAMITE LA SEDE PROVINCIALE

DI \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Infortunio      \_\_\_\_\_ Responsabilità civile

Data del sinistro \_\_\_\_\_ ora del sinistro \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_

Nominativo Assicurato \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

\*Campi obbligatori

**PER INFORTUNIO:** A quale attività stava attendendo l'infortunato all'atto del sinistro?

---

---

Ricovero dal \_\_\_\_\_

**PER RESPONSABILITA' CIVILE:** A quale attività stava attendendo quando si è verificato il danno?

---

---

**Descrizione del fatto**

---

---

---

**Testimoni presenti all'accaduto** \_\_\_\_\_



Lesioni subite \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Da chi furono prestate le prime cure? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dove è attualmente l'infortunato? \_\_\_\_\_

Ha subito Altri Infortuni? \_\_\_\_\_ Quando \_\_\_\_\_

E' residua invalidità permanente? \_\_\_\_\_

Il Sottoscritto dichiara che le indicazioni di cui sopra sono complete e conformi al vero.

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'assicurato \_\_\_\_\_

**DOCUMENTI DA INVIARE PER LA CHIUSURA DEL SINISTRO**

**Per Infortunio:**

- Certificato di chiusura dell'infortunio rilasciato dall'INAIL;
- Certificazione medica in originale;
- Prescrizione medica in originale;
- Copia conforme all'originale della cartella clinica;
- Orario di servizio per danno in itinere (autocertificazione)
- Eventuale altra documentazione medica (Certificato pronto soccorso)

**Per Responsabilità Civile**

- Fine del contenzioso.

**N.B. Conservare tutti i documenti e certificati in originale.**