

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

SOCIETA' _____ MATRICOLA NUMERO _____

INDIRIZZO VIA: _____ N. _____

COMUNE: _____ PROVINCIA: _____ C.A.P.: _____

TEL. FAX _____ E-MAIL _____

DATA _____ / _____ / _____

TIMBRO E FIRMA SOC. SPORTIVA

NB: 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.