

DENUNCIA DI INFORTUNIO

Polizza N° **265/A2354** Sinistro N° _____
Gruppo _____ Unità _____

1 Cognome, nome, paternità e maternità del/della danneggiato/a: _____

2 Età: anni _____ nato/a il _____ a _____

3 Domicilio: Via _____ N° _____ Comune _____ c.a.p. _____

4 N° codice personale: _____ Telefono _____

5 Data dell'infortunio: giorno _____ mese _____ anno _____ ore _____

6 L'infortunio è avvenuto durante una attività Scout? _____

7 Dove? _____

8 Fare una descrizione particolareggiata del modo in cui avvenne l'infortunio, delle cause che lo hanno prodotto e delle sue immediate conseguenze: _____

9 Chi era il Dirigente M.A.S.C.I. sotto il cui controllo si svolgeva l'attività al momento dell'infortunio? _____

10 Quali altre persone adulte erano presenti? (Indicare nome, cognome, indirizzo): _____

11 Come e da chi fu assistita la persona lesa subito dopo l'infortunio? _____

12 Dove trovasi in cura? _____

13 Cognome, nome, indirizzo del medico curante: _____

14 Cognome, nome e indirizzo completo di c.a.p. e n. telefonico del/della Capo Gruppo o responsabile in caso di Unità isolata: _____

Note particolari _____

TIMBRO DEL GRUPPO O UNITÀ
o firma del/della dirigente

AVVERTENZA

Se il Gruppo o Unità ha stipulato una polizza integrativa precisare qui di seguito il numero: _____



RAPPORTO DEL MEDICO CURANTE

A Cognome e nome dell'infortunato/a: _____

B Descrizione della lesione (carattere, sede, estensione, lunghezza, profondità delle ferite, etc.): _____

C Quale fu la causa diretta ed immediata della lesione? Vi furono altre cause? Quali? (Imperfezioni fisiche, malattie preesistenti, etc.): _____

D Si riscontrano tracce di lesioni antecedenti? _____

E Era il ferito, prima dell'infortunio già invalido, mutilato, difettoso di corpo o di mente? _____

F Quali furono le conseguenze immediate della lesione? _____

G Il ferito è costretto a rimanere a letto? Per quanto tempo? _____

H Quali saranno le conseguenze definitive della lesione? Morte? Invalidità permanente assoluta o parziale? _____

I In quale giorno il ferito ricorse per la prima volta all'assistenza medica? _____

L Da chi venne prestata la prima cura? _____

M Se la prima cura non fu prestata dal medico che redige il presente certificato: quando ha assunto egli la cura? _____

IL MEDICO CURANTE
