

**Denuncia infortunio**  
*All'Ufficio di Presidenza nazionale*  
*Dell'Associazione Nazionale Carabinieri*  
*Per tramite dell'Ufficio Provinciale di .....*

I dati forniti attraverso il presente modulo saranno impiegati dall'ufficio di Presidenza (Nazionale o provinciale) dell'ASSOCIAZIONE NAZIONALE DEI CARABINIERI per denunciare l'infortunio o la malattia professionale, precisata qui di seguito, alla Compagnia di Assicurazione per il certificato di polizza emessa per l'anno 2021 n. **GZPAM00035L – LB**.

**INFORTUNATO**

nome e cognome: .....  
indirizzo del domicilio: .....  
città: ..... CAP: ..... telefono:.....  
data e luogo di nascita: .....  
qualifica e mansione: .....  
unità organizzativa/reparto di appartenenza: .....  
società: .....  
indirizzo e-mail: .....

**SINISTRO/INCIDENTE/INFORTUNIO/DECESSO**

data: ..... orario: ..... località/sede/impianto:.....  
.....  
.....  
data dei primi soccorsi e/o la prima visita medica: .....  
presidio sanitario che ha prestato i primi soccorsi e/o la prima visita medica: .....  
.....  
presidio e data di constatazione del decesso: .....

**EVENTUALI TESTIMONI DELL'INCIDENTE/INFORTUNIO**

nome, cognome: .....  
indirizzo del domicilio: .....  
telefono domicilio: .....

**DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO E DELLE CIRCOSTANZE IN CUI SI E' VERIFICATO (tipo di lavoro, mezzi di lavoro, dinamica, ecc.)** .....

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

**Denuncia infortunio**  
All'Ufficio di Presidenza nazionale  
Dell'Associazione Nazionale Carabinieri  
Per tramite dell'Ufficio Provinciale di .....

**LESIONI RIPORTATE NELL'INFORTUNIO (fornire cartella clinica e/o ogni altro documentazione medica se disponibile) .....**

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

**CONTROPARTE (per INFORTUNI provocati dalla circolazione stradale)**

conducente

cognome, nome: .....

domicilio: ..... telefono:.....

residenza:.....

proprietario

cognome, nome: .....

domicilio:..... .telefono: .....

residenza: .....

tipo di veicolo: ..... targa: .....

compagnia di assicurazione: .....

n. di polizza: .....

**DATA di compilazione**

**FIRMA del compilatore**

*Allegati:*

*Certificato di pronto soccorso (o certificato di decesso) o altra idonea documentazione medica.*