


Modulo denuncia di Infortunio

Spett.le **Tutela**
Cassa di Assistenza Integrativa e Complementare
Via Melchiorre Gioia, 124
20125 - Milano

Dati Associato

Azienda Associata				
Categoria:	<input type="checkbox"/> Quadro	<input type="checkbox"/> Impiegato	<input type="checkbox"/> Operaio	<input type="checkbox"/> Altro

Dati Anagrafici

Cognome e Nome	
Luogo e data di nascita	
Domicilio	
Codice fiscale	
Telefono	

Informazioni relative all'evento

Data e ora accadimento			
Descrizione circostanziata dell'evento			
Testimoni (indicare le generalità)			
Persone intervenute successivamente			
Prime cure prestate da		In data	
Diagnosi medica relativa alle lesioni procurate dall'evento			
Altre informazioni	L'Assicurato ha subito precedenti infortuni?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	In caso affermativo, specificare lesione e invalidità riconosciuta		
Allegati	<input type="checkbox"/> Certificati medici	<input type="checkbox"/> Copia integrale della cartella clinica	<input type="checkbox"/> Altro

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

Il/La sottoscritto/a, preso atto dell'informativa fornita ai sensi del Codice della Privacy (allegato1),
ACCONSENTE

al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di aver avuto conoscenza che i dati medesimi possono rientrare nel novero dei dati "sensibili" (di cui al Punto 2 della predetta informativa), idonei a rilevare lo stato di salute. Del pari

ACCONSENTE

alla comunicazione e all'eventuale trasferimento all'estero dei propri dati personali ad opera dei soggetti indicati nella predetta informativa e nei limiti di cui alla stessa. Il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della normativa vigente.

Cognome, Nome e firma del richiedente

Luogo e data

NB: E' necessaria la firma di ogni componente maggiorenne del nucleo familiare per il quale si richiede il rimborso spese. Per i minori è sufficiente la firma di chi esercita la potestà