

MODULO RACCOLTA DATI PER DENUNCIA SINISTRI

POLIZZE N° _____ / _____

DATA DEL SINISTRO: ____/____/____ ORA ____:____

LUOGO: Via _____ Località _____ C.A.P. _____ Pr. _____

SCUOLA: _____ PARROCCHIA DI _____

INDIRIZZO: _____ Località _____ C.A.P. _____ Pr. _____

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL _____

SE DANNI A PERSONE: DATI DELLA PERSONA DANNEGGIATA: (se più di una usare altri moduli)

COGNOME: _____ NOME: _____

NATO/A A _____ Pr. _____ IL ____/____/____

INDIRIZZO: _____ Località _____ C.A.P. _____ Pr. _____

TEL. _____ CELL. _____ E-MAIL _____

PER I MINORI: Cognome e Nome di chi esercita la "patria potestà": _____

IBAN DEL C/C DEL DANNEGGIATO: _____

INTESTATARIO C/C _____ COD. FISC. _____

DESCRIZIONE PARTICOLAREGGIATA DEL FATTO, DELLE CAUSE E DELLE CONSEGUENZE:

FIRMA DEL DENUNCIANTE _____

INVIARE ALL'AGENZIA DI RIFERIMENTO:

- **TREVISO** (Via le Canevare, 36 – 31100 Treviso) Tel. 0422-540647 Fax 0422-590811
E-MAIL: treviso@cattolica.it

- **MONTEBELLUNA** (Corso Mazzini, 53 – 31044 Montebelluna) Tel./Fax 0423-301238
E-MAIL: montebelluna@cattolica.it