

Il presente modulo deve essere trasmesso entro 7 giorni a:

F.I.K. – Federazione Italiana Karate

Via Castellana, 27/B – 30174 Mestre

Tel. 041962477 / Fax. 041971447

CONVENZIONE ASSICURATIVA MULTIRISCHI

Il sottoscritto _____

Nato a _____ Il _____

Residente (indirizzo) _____

Comune _____ Cap _____ Provincia _____

Codice Fiscale _____

Regolarmente tesserato

DICHIARA

Che in data _____ alle ore _____

In luogo _____

E' occorso _____

Lì, _____

In fede

N.B. Si ricorda di specificare sempre modalità del sinistro, lesione patita, cure ricevute/prescritte