

## MODULO PER SINISTRI CON LESIONI FISICHE

### Informazioni riguardanti il/la danneggiato/a che ha subito le lesioni

Generalità del danneggiato (Nome e Cognome e indirizzo)

---

---

- Età del danneggiato: \_\_\_\_\_
- Codice Fiscale: \_\_\_\_\_
- Attività del danneggiato: \_\_\_\_\_
- Reddito annuo lordo del danneggiato: \_\_\_\_\_
- Entità lesioni subite:

---

---

- Dichiarazione di avere/non avere diritto a prestazioni da parte di Istituti che gestiscono Assicurazioni sociali obbligatorie
- Attestazione medica comprovante l'avvenuta guarigione con o senza postumi permanenti
- Eventuale consulenza medico legale di parte

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Luogo \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante:

---