
MODULO CHIUSURA PRATICA SINISTRO INFORTUNI - C.G.S./CNOS-CIOFS

Il sottoscritto / La sottoscritta

COGNOME E NOME _____	
LUOGO DI NASCITA _____	DATA DI NASCITA _____
RESIDENZA (indirizzo, cap, città, prov.) _____	
TELEFONO (fisso o mobile) _____	E-MAIL _____
in qualità di	
<input type="checkbox"/> soggetto infortunato	
<input type="checkbox"/> genitore del minore infortunato (cognome e nome dell'infortunato) _____	
codice fiscale dell'infortunato/a _____	

DICHIARA

che in seguito al sinistro occorso in località _____

in data _____, l'infortunio può essere dichiarato chiuso

- senza postumi di invalidità permanente
- con postumi di invalidità permanente

Dichiara inoltre di aver inviato tutte le pezze giustificative in relazione alle spese mediche sostenute.

ALLEGATI:

- 1) certificato medico attestante la chiusura dell'infortunio con o senza postumi di invalidità permanente
- 2) documenti giustificativi delle spese sostenute in originale (specificare quali)

- 3) altro (specificare)

Luogo e data _____

Firma dell'infortunato _____
per i minori: firma del genitore