

Raccomandata

Spett. Assicurazioni Generali Ag. 63J  
Via di Villa Massimo, 39  
00161 Roma

**Oggetto: polizza n°81302066 denuncia apertura malattia/infortunio per le Sezioni A/B/C continuità assistenziale e emergenza sanitaria**

Il sottoscritto:

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

medico di continuità assistenziale convenzionato con la A.S.L. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

dichiara inoltre di:  non svolgere altri incarichi in Convenzione  di svolgere anche l'attività di Assistenza Primaria

dichiara di essersi assentato dal lavoro per malattia dalla data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

dichiara di essersi assentato dal lavoro per infortunio avvenuto in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

a (luogo) \_\_\_\_\_ - dovuto (specificare la causa e fare una descrizione)

durante l'attività lavorativa (professionale) come medico di

continuità assistenziale  emergenza sanitaria

al di fuori dell'attività lavorativa (extraprofessionale) come medico di  continuità assistenziale  emergenza sanitaria  
e di averlo comunicato alla Asl competente in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Il mio recapito è il seguente:

Piazza/Via \_\_\_\_\_ nr. Civico \_\_\_\_\_

C.a.p. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel/Cell \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> <b>Allega: Certificato medico con diagnosi e prognosi</b> (solo per l'invalidità permanente da malattia sez. C - il certificato deve riportare la data d'insorgenza e/o della prima diagnosi)	<input type="checkbox"/> <b>Lettera di conferimento dell'incarico in corso da parte della A.S.L. con numero di ore conferite</b> (se non si trova la lettera: la dichiarazione A.S.L. dovrà riportare il tipo d'incarico e il numero di ore conferite)
<input type="checkbox"/> <b>Certificato di ricovero</b>	<input type="checkbox"/> <b>Certificato di pronto soccorso</b>
<input type="checkbox"/> <b>Certificato di Day Hospital</b>	<input type="checkbox"/> <b>Certificato di Day Surgery</b>

**Con la presente si comunica che la documentazione inviata è al fine della liquidazione del sinistro e per interrompere i tempi di prescrizione.**

Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003 sulle finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà dati "sensibili" di cui ho appreso il significato (art.4 comma 1 lett. d e art.26 D.lgs. 196/2003), autorizzo il trattamento dei dati di cui sopra

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_