



RICHIESTA COPERTURA ASSICURATIVA INFORTUNI PER PARTECIPANTI A RIUNIONI

Modulo n. 8

RACCOMANDATA o FAX : 02205723201 li

Alla Sede Centrale del Club alpino italiano
Ufficio assicurazioni
Via E. Petrella 19 - 20124 MILANO -

L' **Organismo** di richiede la seguente copertura assicurativa per:

- Assemblea**
- Congresso**
- Comitato direttivo regionale o provinciale**
- Gruppo regionale o provinciale**.....
- OTP**
- copertura assicurativa integrativa**

(barrare la casella opportuna)

per le seguenti giornate:

e per n° partecipanti

N.	COGNOME	NOME	DATA di NASCITA
1			
2			
3			
4			
5			

(Allegare elenco aggiuntivo se lo spazio è insufficiente)

€. 1,30 al giorno a persona.

IMPORTO TOTALE (N. partecipanti per combinazione x n° giorni)

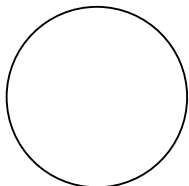
..... * x gg = €.

PERSONA CONTATTABILE IN ORARIO DI UFFICIO PER CHIARIMENTI

..... Tel. (.....)e-mail.....

**Timbro dell' Organismo
che stipula la copertura**

Firma del Rappresentante legale dello stesso.



.....
(Dichiarazione di responsabilità art. 47e 48 ai sensi DPR 445/2000.) (*)

N.B.: Le richieste **non inviate a mezzo raccomandata e/o fax n. 02205723201 entro le ore 24 del giorno precedente la riunione o che pervengano senza firme leggibili e sprovviste di timbro non vengono prese in considerazione**

(*) Art. 76 del D.L. 445 del 28/12/2000: 1. Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente T.U. è punito ai sensi di Codice Penale e delle leggi speciali in materia. 2. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso.