

"FORM PER ADESIONE"
Convenzione Polizza di Responsabilità Civile Patrimoniale –
Responsabilità Amministrativa e Contabile Dipendenti della Pubblica
Amministrazione / Personale del comparto

DATI IDENTIFICATIVI

Cognome _____
Nome _____
Codice Fiscale _____
Indirizzo e-mail _____
Indirizzo _____
Città _____ Provincia _____ CAP _____
Telefono _____ Cellulare _____
Denominazione Ente di Appartenenza _____
Indirizzo sede di lavoro _____
Qualifica ricoperta _____

COPERTURA ASSICURATIVA RICHIESTA

Massimale per sinistro per ciascun Assicurato:

€ 500.000,00.-	<input type="checkbox"/>	€ 1.000.000,00.-	<input type="checkbox"/>
€ 1.500.000,00.-	<input type="checkbox"/>	€ 2.500.000,00.-	<input type="checkbox"/>
€ 3.000.000,00.-	<input type="checkbox"/>	€ 5.000.000,00.-	<input type="checkbox"/>

RETROATTIVITA' 5 ANNI **ILLIMITATA**

Dichiarazione ai sensi dell'art. 23 del D.Lgs. 196/2003.

Autorizzo il trattamento e la diffusione dei miei dati personali correlati alla mia appartenenza alla DIRER Veneto – DIREV ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo del 30 giugno 2003, n. 196 per l'adesione alla Convenzione tra DIRER e Medical Insurance Brokers Srl, relativa alla Polizza Responsabilità Civile Patrimoniale.

Data _____

Firma _____

**SI PREGA INVIARE IL MODULO DEBITAMENTE COMPILATO IN STAMPATELLO IN FAX
AL NUMERO 041/2792123 O VIA MAIL**