

DICHIARAZIONE DI NON SOTTOSCRIZIONE”

POLIZZA ASSICURAZIONE INFORTUNI- RCVT a.s. _____

Il/la sottoscritto/a _____

qualifica _____

in servizio presso l'Istituto Comprensivo "G. OBERDAN"

plesso _____

dichiara di non sottoscrivere la Polizza di Assicurazione Infortuni – RCVT,
in quanto possessore di altra Polizza presso

la Compagnia Assicurativa _____

In Fede

Terni, _____