



Modulo di richiesta adesione per l'attivazione dell'estensione di garanzia per la rinuncia alla rivalsa nei casi di "Colpa Grave", che forma parte integrante della polizza n. ITOMM1100805 con la AM Trust Europe ltd

AZIENDA DI APPARTENENZA: AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI VIBO VALENTIA

Il/La sottoscritto/a chiede di aderire all'estensione di garanzia a margine indicata a partire dalle ore 24 del(N.B. : La copertura decorre dalle ore 24 dell'ultimo giorno del mese nel quale viene ricevuto il presente Modulo debitamente compilato, datato e sottoscritto).

DATI RICHIEDENTE:

Cognome: _____ Nome: _____
Nato/a il _____ Indirizzo: _____
CAP: _____ Città: _____
Tel.: _____ Fax _____ E-mail _____

CATEGORIA a) premio annuo € 550,00:

Dirigente Medico in servizio presso:
(indicare U.O. di appartenenza) _____
Matricola: _____

CATEGORIA b) premio annuo € 100,00:

Dipendente non Dirigente in servizio presso:
(indicare U.O. di appartenenza) _____
Matricola: _____

Ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dagli Artt. 1892 e 1893 del Codice Civile il/la sottoscritto/a dichiara (barrare una delle sue opzioni):

- Di non avere ricevuto alcuna richiesta di risarcimento in ordine a comportamenti colposi, né di essere a conoscenza di alcun elemento che possa far supporre il sorgere dell'obbligo di risarcimento, per fatto a lui imputabile, ovvero di circostanze tali da impegnare le garanzie prestate dalla presente Adesione.**
- Di aver ricevuto richiesta di risarcimento in ordine a comportamenti colposi, come da documentazione allegata alla presente richiesta.**

Data _____ **Firma (leggibile)** _____

Ai sensi del D.Lgs 196/03 le Parti acconsentono al trattamento dei dati personali contenuti nella presente polizza o che eventualmente ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

Data _____ **Firma (leggibile)** _____