

ASSICURAZIONE INTEGRATIVA INFORTUNI PER L'ANNO SCOL 20 ____ / ____.
PLURIASS. SCUOLA

DESIDERO SOTTOSCRIVERE L'ASSICURAZIONE IN OGGETTO PER IL PERSONALE DOCENTE / ATA

INS/ SIG _____

SI NO

DICHIARO DI VERSARE IL PREMIO ASSICURATIVO

EURO 9.00

Canegrate, _____

Firma