

## **Idoneità della Polizza**

**Il sottoscritto**

**Codice fiscale**  **nato/a a**

**Il**  **Nazione**  **Prov.**

**Residente**  **N.**  **Cap**

**Comune**  **Nazione**  **Prov.**

in qualità di

**Legale Rappresentante dell'Agenzia Formativa:**

**Ragione sociale**

**Codice fiscale**  **P.Iva**

**Sede legale**  **N.**  **Cap**

**Comune**  **Nazione**  **Prov.**

**Telefono**  **Fax**

**PEC**  **e-mail**

**ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e s.m.i., consapevole della responsabilità penale cui poter andare incontro in caso di dichiarazione mendace ed edotto delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. sopra citato**

---

### **DICHIARA**

---

**IL MASSIMALE DI POLIZZA È**

**TIPOLOGIA DI RISCHIO**

**PERIODO DI VALIDITÀ DELLA POLIZZA**

**La polizza assicurativa è conforme secondo quanto previsto dall'art. 6 comma 4 dell'allegato A della delibera CONAF n. 397 del 20 dicembre 2013**

*La presente dichiarazione non è soggetta ad autenticazione, ma dovrà essere accompagnata, da copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità, ai sensi dell'art. 38, comma 3, D.P.R. 445/2000*

## **Idoneità della Polizza**

Allegati:

- Contratto di polizza;
- Documento di identità in corso di validità del legale rappresentante.

*Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati contenuti nella presente domanda ai sensi del D.lgs 196/2003 e del Regolamento (UE) 2016/679.*

**Data**

**Firma del Legale Rappresentante**

### **NOTE PER LA COMPILAZIONE:**

1- Devono **obbligatoriamente** essere presentanti a corredo del modello tutti gli allegati richiesti

*La presente dichiarazione non è soggetta ad autenticazione, ma dovrà essere accompagnata, da copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità, ai sensi dell'art. 38, comma 3, D.P.R. 445/2000*