



**MODULO DI ADESIONE**

**ASSICURAZIONE RESPONSABILITA' CIVILE GENERALE /COLPA GRAVE – ASSICURAZIONI GENERALI**

(da inviare al numero di fax 06/86508234 o all'email: [assicurazioni@uilfpl.it](mailto:assicurazioni@uilfpl.it))

**PERSONALE COMPARTO SANITÀ**

**PERSONALE COMPARTO AA.LL.**

**Nome** \_\_\_\_\_

**Cognome** \_\_\_\_\_

**Codice Fiscale** \_\_\_\_\_

**Residente** \_\_\_\_\_

**Via** \_\_\_\_\_

**Cap** \_\_\_\_\_

**Prov.** \_\_\_\_\_

**Recapiti telefonici: cell.** \_\_\_\_\_ **tel fisso** \_\_\_\_\_

**Indirizzo e-mail** \_\_\_\_\_

**Professione** \_\_\_\_\_

**Numero Tessera UIL FPL** \_\_\_\_\_

**Ente di appartenenza** \_\_\_\_\_

**Comune di appartenenza dell'Ente** \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Trattamento Dati personali:

Acconsento al trattamento dei miei dati personali per finalità connesse ai servizi richiesti.

Firma

\_\_\_\_\_