Alla Federazione CONFINTESA FP

Via Boezio 14

00193 Roma

amministrazione@confintesafp.it
tel.: 06/87660512 - 3476361078

Il sottoscritto_____, iscritto a Confintesa FP, dipendente

del[1]_____

Area[2] **III** **II** **I**

CHIEDE

di essere assicurato sia per la Responsabilità Civile Professionale che per la Responsabilità Civile "Capofamiglia".

A tal fine ha provveduto al versamento di €.25 (venticinque euro) annuale sul conto correnteintestato a Confintesa FP con causale "Contributo polizza assicurativa facoltativa",
iban **IT17L0303203207010000759803**

La polizza sarà attiva dal mese stesso del versamento.

Data, _____

(firma)

_____