



Alla Federazione CONFINTESA FP

Via Boezio 14

00193 Roma

amministrazione@confintesafp.it

tel.: 06/87660512 - 3476361078

Il sottoscritto _____, iscritto a Confintesa FP, dipendente

del¹ _____

Area²

Operatore	Assistente	Funzionario	Elevata Professionalità

CHIEDE

di essere assicurato sia per la Responsabilità Civile Professionale che per la Responsabilità Civile "Capofamiglia". A tal fine ha provveduto al versamento di € 25,00 (venticinque euro) annuale sul conto corrente intestato a Confintesa FP con causale "Contributo polizza assicurativa facoltativa", iban **IT17L0303203207010000759803**

La polizza sarà attiva dal mese stesso del versamento.

Data,

(firma)
