

ALLA FENALT
FEDERAZIONE AUTONOMA LAVORATORI DEL TRENTINO
Via Marino Stenico 26
38121 - TRENTO

POLIZZA ITAS PER COLPA GRAVE DIPENDENTI ENTI LOCALI

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

Dipendente presso:

Profilo professionale:

chiede di aderire alla polizza in oggetto stipulata da Fenalt con ITAS **e a tal fine dichiara** di non aderire ad altre assicurazioni con lo stesso rischio.

Data

Firma
