benacquista assicurazioni

Sicurezza Scuola

ELENCO PERSONALE SCOLASTICO

Il presente modulo va allegato al Modulo Regolazione Premio ed inviato all'indirizzo email: info@sicurezzascuola.it o mezzo fax al n. 0773 01 98 57

(la compilazione di tutti i campi è obbligatoria)

ISTITUTO SCOLASTICO			
Intestazione:	**VITTORIO VENETO**		
Indirizzo:	**VIA ANGELI S. N. C.**		
Telefono:	**093425809**	Fax:	
Cod. Ministeriale:	**CLIC822005**	Cod. Fiscale:	**92058140853**
E-mail:	**clic822005@istruzione.it**		

N. Pol. infortuni/R.C./assistenza **AIG EUROPE S.A.**:		**39732**		Operatore Polizza:	**PP**
Data effetto:	**07/01/2024**	Data scadenza:	**07/01/2025**	Periodo di assicurazione:	**07/01/2024-07/01/2025**

N.	Cognome	Nome	Data di Nascita	Qualifica

LUOGO E DATA

FIRMARE QUI

Luogo e Data

Timbro dell'Istituto Scolastico Firma del Dirigente

Per qualsiasi informazione relativa alla compilazione del presente modulo, telefonare al numero 0773.62981