

Spett.le

**Agenzia Generale**

**PARMA SANTA BRIGIDA**

B.go XX Marzo, 18/D - 43121 Parma

Tel. 0521 289580 - Fax 0521 200467

Mobile 348/7361038

email: [parmasantabrigida@cattolica.it](mailto:parmasantabrigida@cattolica.it)

[www.polizzaunicadelvolontariato.it](http://www.polizzaunicadelvolontariato.it)

La/Il Sottoscritta/o \_\_\_\_\_ nata/o a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

c.fis. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

In qualità di Legale Rappresentante dell'Organizzazione di Volontariato:

ODV	APS	ONG	COOP. SOC.	FONDAZIONE	ALTRO
-----	-----	-----	------------	------------	-------

Denominata \_\_\_\_\_

Descrizione dell'attività svolta \_\_\_\_\_

Con sede a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

cod. fiscale \_\_\_\_\_ con la presente

**DICHIARA**

di aderire alla convenzione DEL VOLONTARIATO fra il CENTRO SERVIZI PER IL VOLONTARIATO e la SOCIETA' CATTOLICA DI ASSICURAZIONE avente come oggetto: "l'Assicurazione di responsabilità civile e di assicurazioni infortuni e malattie" di cui alla Legge 266/91, per n. \_\_\_\_\_ volontari.

la cui presenza massima giornaliera è di \_\_\_\_\_

A tal fine si allegano:

- 1) Copia dello Statuto
- 2) Elenco dei Soci/Volontari (copia Registro Volontari);
- 3) Attestato di pagamento;
- 4) Copia Documento valido Legale Rappresentante;
- 5) Copia Codice Fiscale (Rilasciato dall'Agenzia delle Entrate);

L'Associazione contraente dichiara di aver ricevuto l'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali) anche in nome e per conto degli altri interessati indicati nel contratto, e di impegnarsi a consegnare loro una copia e acconsente al trattamento dei dati personali nei limiti delle finalità indicate nell'informativa

Data \_\_\_\_\_ Firma Legale Rappresentante \_\_\_\_\_

Organizzazione di volontariato:

Categoria di Rischio:  CATEGORIA I  CATEGORIA II

### INFORTUNI / MALATTIA

<input type="checkbox"/> <b>COMBINAZIONE A</b>	<input type="checkbox"/> <b>COMBINAZIONE B</b>	<input type="checkbox"/> <b>COVENZIONI SPECIALI</b>
		<input type="checkbox"/> ANTEAS <input type="checkbox"/> ANPAS <input type="checkbox"/> AUSER <input type="checkbox"/> POLESINE <input type="checkbox"/> U.N.I.Vo.C. <input type="checkbox"/> URBE <input type="checkbox"/> _____

### RESPONSABILITA' CIVILE

<input type="checkbox"/> COMBINAZIONE A	<input type="checkbox"/> COMBINAZIONE B
---	---

- Con estensione per Attività Sanitaria per Aderenti n° \_\_\_\_\_
- Con estensione per R.C.T. Personale - Capofamiglia - Amministratore di Sostegno per Aderenti n° \_\_\_\_\_

In data:

ha versato tramite la Banca

la somma di  Euro

**IBAN IT67 F069 3012 7000 0000 0044 081**

sul c.c. **44081/1 BANCA MONTE SPA SEDE PARMA ABI 6930 CAB 12700 CIN F**  
Intestato a **Cavarretta Dott. Gaetano Agente Società Cattolica Assicurazione**

per la copertura assicurativa di n°  Volontari

Firma del Presidente, quale contraente per la propria Organizzazione di Volontariato.

Cattolica Assicurazioni Soc. Coop.