

# FREQUENZA VOLONTARIA TRASMISSIONE POLIZZA ASSICURATIVA

Al Direttore Generale dell'ARNAS Garibaldi  
Piazza S. Maria di Gesù, 5  
95124 CATANIA

Il/La sottoscritto/a ..... nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a ..... prov. ....  
residente a ..... prov. .... cap ..... via/piazza ..... n. ....  
tel. cellulare ..... tel. abitazione ..... email .....

al fine di effettuare frequenza volontaria presso l'Unità Operativa ..... del Presidio Ospedaliero

**GARIBALDI CENTRO**  **GARIBALDI NESIMA** trasmette in allegato l'originale della Polizza Infortuni n .....  
del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ scadenza copertura il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e della Polizza Responsabilità Civile verso terzi n .....  
del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ scadenza copertura il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ emessa dall'Agenzia Assicurativa .....

Catania li, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

FIRMA DEL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_