

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
