



MODULO CHIUSURA INFORTUNIO

Denominazione scuola: _____ Polizza n°: _____

Data avvenimento: _____ (gg/mm/aaaa) Classe: _____ Sezione: _____

CHIUSURA SINISTRO ALUNNO/A

NOME, COGNOME: _____

DICHIARAZIONE GENITORE:

Con la presente il/la Sottoscritto/a _____
residente a _____ in Via/P.zza _____
in qualità di _____ dichiara che il/la Figlio/a è clinicamente
guarito in data _____

Si allegano i documenti originali e si richiede il rimborso di quanto dovuto e delle
spese sostenute con bonifico bancario a:

NOME: _____ COGNOME: _____

CODICE FISCALE: _____ INDIRIZZO: _____

_____ CAP: _____ CITTA': _____ PV: _____

CODICE IBAN: _____

BANCA: _____ AGENZIA: _____

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 d. lgs. 30 giugno 2003
n°196 - "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 GDPR 679/16 -
"Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali".

Luogo e Data

In Fede
