

**Modulo di richiesta adesione per l'attivazione dell'estensione di garanzia ai casi di "colpa grave", che  
forma parte integrante della polizza R.C.T.O. FARO n.7006506**

Il presente Modulo deve essere datato, compilato e sottoscritto (dall'aderente)

**ENTE DI APPARTENENZA:** (barrare con una x)

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DI CASERTA**

ex ASL CE1

ex ASL CE2

Il/La sottoscritto/a chiede di estendere la copertura assicurativa ai rischi derivanti da colpa grave, alle condizioni previste dalla relativa appendice di polizza, con quota premio a carico del medesimo e trattenuta in busta paga.

**DATI RICHIEDENTE:**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ matricola: \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ indirizzo: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
CAP: \_\_\_\_\_ città: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
tel. \_\_\_\_\_ mob. \_\_\_\_\_ e -mail: \_\_\_\_\_

**CATEGORIA (porre una X)**

- 1 Dirigenti (Dirigenti, Dirigenti medici e medici convenzionati) – premio lordo € 180,00   
2 Personale paramedico o altro personale (Amministrativi non dirigenti) – premio lordo € 90,00

Ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dagli Artt. 1892 e 1893 del Codice Civile il/la sottoscritto/a dichiara: Di non avere ricevuto alcuna richiesta di risarcimento in ordine a comportamenti colposi, né di essere a conoscenza di alcun elemento che possa far supporre il sorgere dell'obbligo di risarcimento, per fatto a lui imputabile, ovvero di circostanze tali da impegnare le garanzie prestate dalla presente Adesione.

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Firma (leggibile) \_\_\_\_\_

Ai sensi del DL 196/03 le Parti consentono il trattamento dei dati personali contenuti nella presente polizza o che eventualmente ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Firma (leggibile) \_\_\_\_\_