

AUTOCERTIFICAZIONE – ASSICURAZIONE RCT PROFESSIONALE

IO SOTTOSCRITTO/A _____

- DICHIARO DI AVERE UNA POLIZZA DI ASSICURAZIONE PRIVATA -
- RCT PROFESSIONALE PER MAESTRI DI SCI:

1. COMPAGNIA ASSICURATIVA: _____

2. CONTRATTO NUMERO : _____

3. DECORRENZA POLIZZA : _____

4. SCADENZA POLIZZA : _____

5. MASSIMALI : _____

DATA : _____

FIRMA _____