On.le

Consiglio dell'Ordine degli Avvocati di Tempio Pausania

Comunicazione Assicurazione Professionale e Infortuni

(Art. 12, Legge 31 dicembre 2012, N. 247)

COGNOME_____NOME_____

TITOLO _____DATA DI NASCITA _____

LUOGO DI NASCITA _____ (PROV.) _____

STUDIO LEGALE SITO IN _____ (PROV.)_____

CODICE FISCALE I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

PARTITA I.V.A I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

ASSICURAZIONE R.C. PROFESSIONALE e INFORTUNI

COMPAGNIA	CITTA'	CAP.
POLIZZA N.		
DATA INIZIO	DATA SCADENZA	

O

(in caso di polizze distinte)

ASSICURAZIONE R.C. PROFESSIONALE

COMPAGNIA	CITTA'	CAP.
POLIZZA N.		
DATA INIZIO	DATA SCADENZA	

ASSICURAZIONE INFORTUNI

COMPAGNIA	CITTA'	CAP.
POLIZZA N.		
DATA INIZIO	DATA SCADENZA	

Dichiaro che la/le polizza/e rispetta/no i criteri imposti dal D.M. del 22 settembre 2016.

Autorizzo il trattamento dei dati personali, ai sensi del D. Lgs. 30/6/2003 n. 196.

DATA _____ FIRMA _____

COMPILARE IN STAMPATELLO