

**DICHIARAZIONE DI NON SOTTOSCRIZIONE”**

**POLIZZA ASSICURAZIONE INFORTUNI- RCVT a.s. \_\_\_\_\_**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

qualifica \_\_\_\_\_

in servizio presso l'Istituto Comprensivo "G. OBERDAN"

plesso \_\_\_\_\_

dichiara di non sottoscrivere la Polizza di Assicurazione Infortuni – RCVT,  
in quanto possessore di altra Polizza presso

la Compagnia Assicurativa \_\_\_\_\_

In Fede

Terni, \_\_\_\_\_