

Inviare questo modulo, il pagamento effettuato e l'elenco dei volontari all'e-mail terzosettore@libertasnazionale.it

MODULO DI RICHIESTA DI ADESIONE
ALLA CONVENZIONE ASSICURATIVA PER IL TERZO SETTORE
del Centro Nazionale Sportivo Libertas APS

Il/la Sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Nato/a il ___/___/_____ a _____ (___) e Residente nel

comune di _____ (___) in via _____ n° _____

Cod. fiscale _____ tel. _____

e-mail _____@_____

In qualità di Legale Rappresentante dell'Ente del Terzo Settore denominato

Con sede nel comune di _____ (___) in via _____ n° _____

Cod. fiscale/P.IVA _____ tel. _____

e-mail _____@_____ CODICE AFFILIAZIONE _____

Dichiara:

- che il numero dei volontari per cui si intende attivare la copertura assicurativa è: _____;
- che l'elenco contenente i dati anagrafici dei suddetti volontari è allegato a questa richiesta;
- di aver eseguito il pagamento per i volontari di cui l'elenco allegato;
- che l'Ente svolge attività nel rispetto del proprio statuto e nel rispetto dello Statuto del CNSL APS e dei suoi regolamenti.

Luogo _____

Il Legale Rappresentante

Data ___/___/_____

Inviare questo modulo, il pagamento effettuato e l'elenco dei volontari all'e-mail terzosettore@libertasnazionale.it
In caso di difficoltà nella compilazione del modulo contattare il numero 068840527 oppure scrivere a terzosettore@libertasnazionale.it