



 **ARPAL Umbria**

Servizio - **Offerta Integrata delle misure di Apprendimento**

via Palermo n. 86/A

06124 Perugia

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ente attuatore** | **Codice SIRU** | **Acronimo** | **C.U.P** |
|  |  |  |  |

Oggetto: **Dichiarazione attestante gli adempimenti relativi alla copertura assicurativa.**

 Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di Legale rappresentante di Ente/Azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O - affidatario/a dell’attività:

O - quale capofila con mandato generale di rappresentanza dell’ATI/ATS regolarmente

 costituita, affidataria dell’attività:

 - Titolo Progetto:

 azione n. \_\_\_\_\_\_ Denominazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**DICHIARA**

 che i partecipanti al corso, il personale docente e non docente sono stati regolarmente

 assicurati, secondo quanto previsto dalle disposizioni vigenti.

 **- posizione assicurativa INAIL n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Si dichiara inoltre che sono state stipulate le sottoelencate polizze assicurative aggiuntive a quella obbligatoria INAIL per gli aspetti da questa non coperti:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Legale rappresentante

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega copia fotostatica fronte/retro del proprio documento di identità.