



**ARPAL Umbria**

Servizio - **Gestione, controllo e monitoraggio degli interventi sui fondi strutturali e nazionali**

via Palermo n. 86/A

06124 Perugia

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ente attuatore** | **Codice SIRU** | **Titolo piano formativo** | **Azione formativa** | **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:

**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 sotto elencate 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.