

Dichiarazione Assicurativa

Il sottoscritto _____,
nato a _____, il _____ e residente in _____
via _____ Codice Fiscale _____
richiede una polizza infortuni con il cod. 6412 in quanto nel giorno _____
dalle ore _____ alle ore _____ si presenterà presso il centro di revisione AUTO
RALLY s.r.l., sito in via Delle Industrie n. 45 – SAN PIETRO MOSEZZO (NO) per
sostenere la parte pratica dell’esame per il conseguimento dell’attestato di idoneità
professionale per “Responsabile tecnico per la revisione periodica dei veicoli a
motore”.

In fede

Allegare fotocopia del documento di riconoscimento del sottoscrittore