



---

## MODULO CHIUSURA INFORTUNIO

---

Denominazione scuola: \_\_\_\_\_ Polizza n°: \_\_\_\_\_

Data avvenimento: \_\_\_\_\_(gg/mm/aaaa) Classe: \_\_\_\_\_ Sezione: \_\_\_\_\_

### CHIUSURA SINISTRO ALUNNO/A

NOME, COGNOME: \_\_\_\_\_

#### DICHIARAZIONE GENITORE:

Con la presente il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via/P.zza \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_ dichiara che il/la Figlio/a è clinicamente  
guarito in data \_\_\_\_\_

Si allegano i documenti originali e si richiede il rimborso di quanto dovuto e delle  
spese sostenute con bonifico bancario a:

NOME: \_\_\_\_\_ COGNOME: \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE: \_\_\_\_\_ INDIRIZZO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_ CITTA': \_\_\_\_\_ PV: \_\_\_\_\_

CODICE IBAN: \_\_\_\_\_

BANCA: \_\_\_\_\_ AGENZIA: \_\_\_\_\_

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 d. lgs. 30 giugno 2003  
n° 196 – "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 GDPR 679/16 –  
"Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali".

**Luogo e Data**

**In Fede**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_