

RICHIESTA ATTIVAZIONE COPERTURA ASSICURATIVA INFORTUNI PER TIROCINANTI

Dati del rappresentante legale

La/il sottoscritta/o _____
nata/o a _____ provincia _____ il _____
residente in _____ provincia _____
indirizzo _____ numero civico _____ CAP _____
codice fiscale _____ in qualità di rappresentante legale dell'ente

Dati dell'ente

Ragione sociale _____
 società associazione cooperativa altro _____
con sede legale in _____ provincia _____
indirizzo _____ numero civico _____ C.A.P. _____
codice fiscale _____ partita IVA _____

CHIEDE

l'attivazione della polizza infortuni denominata "Dual Group Protection" per n. [] [] []¹ tirocinante/i.

A TAL FINE DICHIARA

- di aver preso visione della polizza
- di essere consapevole che la garanzia decorre dalle ore 24 del giorno lavorativo successivo della ricezione della presente
- di essere a conoscenza che la copertura è valida per un massimo di 150 (centocinquanta) ore
- di essere a conoscenza che il costo di copertura per ogni singolo tirocinante è pari a euro 15,00 (quindici/00)

A TAL FINE ALLEGA

- ricevuta di versamento pari a euro [] [] [] [] [] []² per attivazione polizza infortuni per n. [] [] []³ tirocinante/i sul conto corrente bancario IT 54 R 02008 02817 000401198625 intestato ad AssoCounseling
- n. [] [] []⁴ moduli di attivazione copertura (vedi pagina seguente, uno per ogni tirocinante per cui si chiede la copertura)
- n. [] [] []⁵ documento/i di identità fronte retro in corso di validità (uno per ogni tirocinante per cui si chiede la copertura)
- n. [] [] []⁶ codice fiscale (uno per ogni tirocinante per cui si chiede la copertura)

Data

Firma

Dichiaro inoltre di essere informato che ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio (GDPR) i dati richiesti saranno utilizzati solo per i fini istituzionali previsti dallo Statuto di AssoCounseling e che gli interessati possono avvalersi di quanto previsto dagli articoli 7 e 15-22 del GDPR. L'informativa integrale è pubblicata sul sito www.assocounseling.it Il sottoscritto autorizza espressamente AssoCounseling al trattamento dei propri dati personali.

Firma

¹ Inserire il numero dei tirocinanti per i quali si chiede la copertura.
² Il costo della copertura per ogni singolo tirocinante è pari a euro 15,00. Il numero minimo di coperture attivabili è pari a 5 (questo significa che se l'ente formativo dovrà attivare la copertura per n. 3 tirocinanti, dovrà comunque corrispondere un premio minimo pari a 5 tirocinanti).
³ Inserire il numero dei tirocinanti per i quali si chiede la copertura.
⁴ Inserire il numero dei moduli che si allegano alla presente domanda.
⁵ Inserire il numero dei documenti di identità di ogni tirocinante che si allegano alla presente domanda
⁶ Inserire il numero dei codici fiscali di ogni tirocinante che si allegano alla presente domanda

| AssoCounseling | | | Richiesta di Attivazione Assicurazione Infortuni per Tirocinanti M23 | | | | |
|----------------|------------|----------------|--|------------------|--------|------|--------|
| Data Emissione | 11/02/2021 | Data Revisione | 23/02/2022 | Indice Revisione | Rev. 1 | Pag. | 1 di 2 |

All. 1 al modulo M23⁷

TIROCINANTE N. [][]⁸

Nome e cognome del tirocinante _____
nata/o a _____ provincia _____ il _____
residente in _____ provincia _____
indirizzo _____ numero civico _____
CAP _____ codice fiscale _____

Elenco degli enti/organismi/soggetti presso cui viene svolto il tirocinio:

Ragione sociale _____
Indirizzo _____ Numero civico _____
CAP _____ Città _____ Provincia _____

Ragione sociale _____
Indirizzo _____ Numero civico _____
CAP _____ Città _____ Provincia _____

Ragione sociale _____
Indirizzo _____ Numero civico _____
CAP _____ Città _____ Provincia _____

Ragione sociale _____
Indirizzo _____ Numero civico _____
CAP _____ Città _____ Provincia _____

Ragione sociale _____
Indirizzo _____ Numero civico _____
CAP _____ Città _____ Provincia _____

Si allega copia di un documento di identità fronte/retro in corso di validità e copia del codice fiscale del tirocinante.

Inviare ad AssoCounseling tramite email all'indirizzo segreteria@assocounseling.it o tramite fax allo 0270059884

⁷ Il presente allegato deve essere compilato per ogni tirocinante per cui si richiede la copertura (es.: 3 tirocinanti, 3 allegati).

⁸ In caso di più tirocinanti il presente allegato deve essere stampato tante volte quanti sono i tirocinanti per i quali si chiede la copertura (es.: 3 tirocinanti, 3 allegati) e ogni allegato deve essere numerato progressivamente (es.: 1, 2, 3, etc.)

| AssoCounseling | | | Richiesta di Attivazione Assicurazione Infortuni per Tirocinanti M23 | | | | |
|----------------|------------|----------------|--|------------------|--------|------|--------|
| Data Emissione | 11/02/2021 | Data Revisione | 23/02/2022 | Indice Revisione | Rev. 1 | Pag. | 2 di 2 |