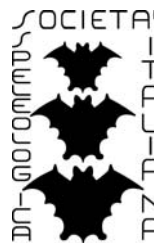


GRUPPO / SOCIO SSI (in regola con la quota SSI)

NOME DEL GRUPPO

**INDIRIZZO COMPLETO**

Indirizzo 1  
Indirizzo 2  
CAP e Città  
Telefono  
  
Città, il



Spett. Società Speleologica Italiana  
Ufficio Assicurazioni – Parrinello Luisa  
c/da Casabianca, 173 A – 91025 Marsala  
Tel. 335 5434002 - Fax 030 5531267  
E-mail assicurazioni@socissi.it  
N.B.: SCRIVERE STAMPATELLO  
(ANCHE L'INDIRIZZO E-MAIL)

**ELENCO ASSICURATI GIORNALIERI**

Totale n°		Assicurati il giorno	
-----------	--	----------------------	--

TIPOLOGIA ASSICURATIVA	BARRARE	REFERENTE ASSICURATIVO
1 Giornaliera normale [n° 109061]	<input type="checkbox"/>	<p>Deve essere un Socio SSI in regola con il pagamento della quota annuale.</p> <p>Nome e Cognome</p> <p>Indirizzo</p> <p>CAP, Città e Provincia</p> <p>n. telefonici</p> <p>e-mail</p> <p>fax</p> <p>firma: _____</p>

Questo elenco deve essere inviato all' Ufficio Assicurazioni S.S.I., a mezzo FAX (030 5531267) o lettera raccomandata a/r, entro il giorno precedente l'utilizzo. Deve essere poi firmato dalle persone assicurate nell'apposito spazio il giorno dell'utilizzo, e conservato dal referente assicurativo per 6 mesi dopo la data dell'attività assicurata.

Per ogni persona assicurata vanno precisati tutti i dati sotto indicati, compreso il numero del tagliando assicurativo (virtuale) preventivamente acquistato presso l' Ufficio Assicurazioni SSI; se non viene indicato il numero del tagliando e non viene apposta la firma dell'assicurato, l'assicurazione non è valida.

\* la seconda firma esprime il consenso al trattamento dei dati personali Nel rispetto del D. Lgs. 196 del 2003. I dati personali conferiti per l'esecuzione del presente accordo potranno essere memorizzati nella base dati di SSI. Tali dati verranno raccolti e trattati in osservanza del Codice in materia di trattamento dati personali. Essi verranno utilizzati secondo le ordinarie e molteplici attività e modalità operative della Società Speleologica Italiana, e non saranno ceduti a terze parti né resi pubblici in alcun modo. Il titolare dei dati può richiedere la variazione o cancellazione dei dati inviando una comunicazione scritta a SSI.

N°	N° tagliando	Cognome Nome	Nato il a	Residente a In Via	FIRMA Firmare due volte
1					*
2					*
3					*
4					*
5					*
6					*
7					*
8					*
9					*
10					*

Data:

Firma del referente assicurativo:

N°	N° tagliando	Cognome	Nato il	Residente a	FIRMA
		Nome	a	In Via	Firmare due volte
11					*
12					*
13					*
14					*
15					*
16					*
17					*
18					*
19					*
20					*
21					*
22					*
23					*
24					*
25					*
26					*
27					*
28					*
29					*
30					*
31					*
32					*
33					*
34					*
35					*
36					*
37					*
38					*
39					*
40					*

Data:

Firma del referente assicurativo: