***ALL. 4***

**RICHIESTA DI RIMBORSO RELATIVAMENTE ALLA POLIZZA ASSICURATIVA STIPULATA DALL’ENTE A FAVORE DEI VOLONTARI CHE SVOLGONO ATTIVITA’ PREVALENTE PRESSO L’ASC CREMONA SOLIDALE**

Il/La sottoscritto/a ………………………………….., in qualità di Legale Rappresentante/Presidente dell’Ente del Terzo Settore denominato ………………………………………………, C.F. …………………..con sede legale in ……………………………………………tel…………………………

Email/pec…………………………………………………..iscritto al Registro Unico Terzo Settore, secondo le disposizioni di cui al D.Lgs. n.117/2017……………………………………………………………………………………………………...

**CHIEDE**

Il rimborso del costo pari complessivamente a €………….della polizza assicurativa contro gli infortuni e le malattie connesse allo svolgimenti dell’attività di collaborazione/volontaria, nonché per la responsabilità civile verso Terzi, stipulata dall’Ente a favore dei seguenti operatori volontari che prestano attività di collaborazione gratuita / volontariato in modo prevalente e continuativo presso l’ASC Cremona Solidale i seguenti operatori volontari:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N.** | **COGNOME** | **NOME** | **C.F** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |

Si allega copia della polizza assicurativa stipulata.

Cremona,

 Il Legale Rappresentante/Presidente

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_