

Spett.le
Azienda Ospedaliera "S. Maria"
Via Tristano di Joannuccio
05100 TERNI

Oggetto: Richiesta trattenuta mensile quota personale per adesione alla estensione della garanzia di cui all'art. 39 "Rinuncia rivalsa in caso di colpa grave" della polizza RCT/O .

Il /La sottoscritto/a, dipendente di codesta Azienda Ospedaliera con la qualifica di....., presso.....

dichiara

- di aver preso visione dell'art. 39 " rinuncia rivalsa in caso di colpa grave" della polizza assicurativa RCT/O stipulata tra codesta Amministrazione e la Soc. Assicuratrice LLOYD'S OF LONDON relativamente alle fattispecie derivanti da colpa grave in ambito sia dell'attività istituzionale che libero professionale intramoenia

- di voler aderire a detta estensione di garanzia con oneri a proprio carico.

Pertanto, autorizza codesta Azienda Ospedaliera "S. Maria" di Terni a trattenere dai propri compensi la quota personale di € 550,00 dal salario annuo complessivo attraverso trattenute mensili di €45,84 per la copertura del rischio "Rinuncia rivalsa da colpa grave" per l'attività Istituzionale e libero professionale intramoenia.

Detta quota riveste carattere di premio da versare, entro la prima decade del mese successivo a quello in cui è stata operata la trattenuta, alla compagnia assicuratrice LLOYD'S OF LONDON per la tutela della responsabilità civile derivante da colpa grave dei dipendenti di codesta Azienda.

Terni, lì.....

FIRMA.....

N.B. (la presente adesione deve essere trasmessa entro il più breve tempo all'Ufficio Stipendi)