

DICHIARAZIONE DI CHIUSURA SINISTRO

AGENZIA GENERALE INA-ASSITALIA MILANO B.C.F. ASSICURAZIONI S.R.L.
 Via S. Paolo 7 – 20121 MILANO - Tel. 02. 8877.1 FAX 8693112-8877278
 POLIZZA n° 50/54/427312

Il/ la Sottoscritto /a _____

Domicilio _____

Genitore dell'allievo /a _____

Iscritto presso l'Istituto : **SMS RINASCITA MILANO**

Dichiara L'avvenuta Guarigione dello/a stesso/a in relazione all'infortunio del

Dichiaro di non aver sostenuto alcuna spesa.

Provvedo ad allegare GIUSTIFICATIVI DELLE SPESE SOSTENUTE
 rimanendo in attesa del rimborso spettante.

DOCUMENTO	IMPORTO
1) _____	£ _____
2) _____	£ _____
3) _____	£ _____
4) _____	£ _____
5) _____	£ _____
6) _____	£ _____
TOTALE RICHIESTO	£ _____

DATA _____

Firma _____