



**COLLEGIO PROFESSIONALE
TECNICI SANITARI RADIOLOGIA MEDICA
LA SPEZIA**
*c/o Radiologia - Ospedale 'S.Andrea'
Via V.Veneto, 197*



La Spezia, _____

***DOMANDA DI ADESIONE
POLIZZA ASSICURATIVA PER TSRM***
Italiana Assicurazioni – Gruppo Reale Mutua

Il/La sottoscritto/a _____, regolarmente iscritto/a a codesto Collegio, **chiede** di essere assicurato/a mediante **La Polizza assicurativa del TSRM** in convenzione con “*Italiana Assicurazioni – Gruppo Reale Mutua*” dando mandato al Collegio per il rinnovo fino a comunicazione contraria.

A tal fine fornisce le seguenti informazioni utili per l’adesione:

Data di nascita	
Luogo di nascita	
Codice fiscale	
Comune di residenza	
Via/Piazza e N°civico	
C.A.P.	
N°cellulare	
E-mail	

In fede
