

Prof.: UNICA/SNA/ /

Riservato Segreteria

A: Un.I.C.A.  
via delle Rupicole, 85  
00169 Roma

**Polizza assicurativa  
per la perdita di idoneità alla mansione specifica o l'infortunio  
Richiesta di disdetta**

Cognome

Nome

Sede di appartenenza

Matricola

CTA |  FISO |  Altro:

Categoria

Codice fiscale

Dichiara di volere recedere dall'adesione alla Polizza per la perdita di idoneità alla mansione specifica o l'infortunio a partire dalla scadenza dell'anno di validità della stessa, come previsto dalle Condizioni Generali e Specifiche sottoscritte al momento dell'adesione.

Informato dei diritti previsti nel EU-GDPR 2016/679, esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità connesse allo svolgimento del contratto di assicurazione.

Luogo

Data

Firma leggibile