

Modulo 3. Continuazione cure (Raccomandata)

Spett.le
Benacquista Assicurazioni Sas
Ufficio Sinistri
Via del Lido 106
04100 LATINA
Fax 0773 019867

OGGETTO: Comunicazione di continuazione cure, interruzione della prescrizione dei termini ex art. 2952 c.c.

Il/la sottoscritto/a _____

Domicilio _____ Comune _____

Telefono _____ Fax _____ E-mail _____

In qualità di genitore dell'alunno/a minore

In qualità di danneggiato

Iscritto / dipendente presso l'Istituto Scolastico _____

Del Comune di _____

dichiara la continuazione delle cure dell'infortunio avvenuto il _____

Valga la presente ai fini dell'interruzione dei termini di prescrizione ai sensi di legge.

DATA _____

FIRMA _____

TABELLA DATI MEDICO CURANTE

Nome e Cognome del medico curante _____

Telefono _____

Motivazione continuazione cure:

DATA _____

FIRMA del medico _____