

**MODULO DI ADESIONE ALLA CONVENZIONE ASSICURATIVA da  
inviare compilato in ogni sua parte al CNS LIBERTAS APS:  
terzosettore@libertasnazionale.it**

La/il Sottoscritto \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Cod. fiscale \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ e.mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_ dell'Ente del Terzo Settore denominato

Che svolge l'attività di \_\_\_\_\_

Con sede a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale o P.IVA \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ e.mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Dichiara:**

a) che il numero dei soci è \_\_\_\_\_

I dati identificativi degli assicurati è riportato nell'accluso tracciato record di exel.