



Oggetto: Artt. 5 e 6 D.P.R. 62/2013

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a Emanuela Rosa Gigliotti nato a Milano (Mi) il
03/10/1977 residente a Cinisello Balsamo (Mi), in via Monte Nero n. 68

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

- di **appartenere/non appartenere** ad Associazione/Organizzazione, il cui ambito di interesse interferisce con lo svolgimento della mia attività di collaboratore professionale di Logopedista
- di **aver avuto/non aver avuto**, negli ultimi tre anni, rapporti diretti/indiretti, di collaborazione con soggetti privati;
- se affermativo specificare il soggetto privato:
 - Cooperativa Sociale La Grande Casa Sesto San Giovanni (Mi)
 - Studio Privato di Logopedia Cinisello Balsamo (Mi)
 - _____
- che i predetti rapporti di collaborazione ~~sono~~ **intercorsi/intercorrono** con soggetti che ~~hanno~~ **non hanno** interessi in attività o decisioni inerenti l'incarico a me affidato;
- di impegnarsi ad informare tempestivamente il proprio Responsabile qualora successivamente alla presente sottoscrizione il medesimo, il coniuge, il convivente, i parenti o affini entro il secondo grado avessero rapporti diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti che abbiano interessi in attività o decisioni inerenti il mio incarico;
- di aver preso visione e di accettare quanto previsto in materia di conflitto di interessi dagli artt. 5 e 6 del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 e del Codice di Comportamento aziendale.

Data 17/04/2020

IL DICHIARANTE

Emanuela Gigliotti

AGENZIA GENERALE DI GENOVA
BUZZI S.A.S.
VIA IPPOLITO D'ASTE 1/2
16121 Genova
P.IVA 03317980104
ISCRIZIONE RUI N. A000072111
PEC: BUZZISNC@PEC.IT

DOTT. Emanuela Rosa Gigliotti
GGLMLR77R43F205U
Cinisello Balsamo Mi
Via Monte Nero

CERTIFICATO ASSICURATIVO INDIVIDUALE

POLIZZA RC PROFESSIONALE Logopedista
IN CONVENZIONE CON FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI TSRM e PSTRP

Oggetto: QUIETANZA PAGAMENTO PREMIO E DECORRENZA GARANZIA

Egregio/a Iscritto,
la presente, unitamente all'estremo di pagamento in suo possesso, quale conferma per l'avvenuto inserimento del Suo nominativo, quale assicurato/a, nella Polizza di Assicurazione di RC Professionale contratta da Federazione Nazionale Ordini TSRM-PSTRP per il tramite del Broker AON S.p.A.

Alla polizza è stato assegnato il seguente numero: POLIZZA RC PROFESSIONALE N° 105/2019/07/6168073 (Massimale RC 5.000.000 € di cui Art. 3 Normativo).

DATA PAGAMENTO PREMIO: 12/03/2020

Prossima scadenza: 31/12/2020

Data effetto garanzia: per le nuove adesioni la garanzia decorre automaticamente dalle ore 24,00 del giorno di versamento del premio.

In occasione dei rinnovi annuali la garanzia decorre dalle ore 24,00 del 31 dicembre dell'anno precedente, se entro il 31 marzo dell'anno successivo è stato versato il relativo premio. In caso di mancato versamento entro il 31 marzo la garanzia è sospesa fino alle ore 24 del giorno di versamento del premio

In caso di denuncia sinistro compilare, sottoscrivere e trasmettere il questionario messo a disposizione dalla Federazione, entro 10 giorni: preferibilmente a mezzo email all'indirizzo denunce.rcsanitaria@aon.it, oppure via fax al n. +39 02/45463.413 oppure via raccomandata A/R all'indirizzo: Aon S.p.A. - Claims Division - Professional Services Via A. Ponti 8/10 - 20143 Milano (MI) info tel: +39 02/87232.368

Premio annuale 34,00

Cordiali saluti

Italiana Assicurazioni S.P.A.

