

INFN
DIREZIONE AFFARI GENERALI

____ sottoscritt _____, codice fiscale _____
_____ dipendente dell'INFN in servizio presso la Struttura _____
_____ in merito alla possibilità offerta dall'Istituto di usufruire, mediante rimborso dell'onere derivante per tale prestazione, dell'assicurazione contro i rischi extra-professionali

DICHIARA

☐ **Di essere favorevole** ad usufruire della assicurazione in parola e di autorizzare a tal fine l'INFN ad operare una trattenuta sulla propria retribuzione mensile base pari al 6,50 ‰ della stessa (costo completo di accessori e imposte), per i seguenti capitali assicurati:

MORTE: 10 volte la retribuzione annua base

INVALIDITA' PERMANENTE: 12 volte la retribuzione annua base

e con limiti di risarcimento di € 500.000,00 per il caso MORTE e di € 600.000,00 per il caso di Invalidità Permanente.

In fede

_____, li _____