



QUESTIONARIO DI ASSICURAZIONE PER LA

Responsabilità Civile Terzi (RCT)

Responsabilità Civile del Datore di Lavoro (RCO)

DEDICATO A:

AZIENDE

MODULO DI PROPOSTA

ATTENZIONE: Le informazioni contenute nel Modulo di Proposta o Questionario e rese dal Contraente/Assicurato, rappresentano lo strumento sulla base del quale l'Assicuratore assume le informazioni per la valutazione del rischio. Il Questionario forma parte integrante del contratto.

INFORMAZIONI GENERALI

Nome Proponente:

Nome di tutti i datori di lavoro:

Indirizzo Sede Legale

Città

Provincia

C.A.P.

Tel.

Fax

P.IVA

Indirizzo e-mail

INFORMAZIONI TECNICHE

1) Fornite una descrizione dettagliata di tutte le operazioni e le attività che svolgete abitualmente accompagnata da opuscoli e materiale pubblicitario):

2) Pensate di apportare sostanziali cambiamenti alle vostre attività che svolgete nel corso dei prossimi 12 mesi?

Sì No Se la vostra risposta è Sì, descrivete dettagliatamente tali cambiamenti:

3) Data di costituzione dell'azienda:

4) Nel caso in cui la vostra sia un'azienda relativamente nuova, elencate alcune delle vostre più significative esperienze:

5) Tipologia della vostra azienda:

<input type="checkbox"/> Individuale	<input type="checkbox"/> Società di persone	<input type="checkbox"/> Joint Venture
<input type="checkbox"/> Trust (fiduciaria)	<input type="checkbox"/> Società a responsabilità limitata	<input type="checkbox"/> Società di capitali
<input type="checkbox"/> Altro (specificare): <input type="text"/>		

Indicare l'ammontare del fatturato annuale:

Anno	Italia	USA	Altri Paesi	TOTALE
Anno precedente	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
Anno corrente	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
Stime per l'anno a venire	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>

Termine del vostro esercizio finanziario:

Tipo di operazione svolta, merci / prodotti venduti, natura dei servizi	Italia	USA	Altri Paesi	TOTALE
<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
TOTALE	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>

Operate in qualità di (esprimete un valore percentuale per ognuna delle seguenti categorie):

Produttori <input type="text"/> %	Grossisti <input type="text"/> %	Dettaglianti <input type="text"/> %
Importatori <input type="text"/> %	Esportatori <input type="text"/> %	Altro <input type="text"/> %

Descrizione dei prodotti

Prodotto	Anni di lavoro necessari all'ingresso sul mercato	Principale uso finale	% di vendite effettuate in Italia	% di vendite effettuate negli Stati Uniti	% di vendite effettuate in altri paesi

Vi preghiamo di allegare copia di eventuali opuscoli, cataloghi, manuali di istruzioni e garanzie di sicurezza dei prodotti, affinché gli Assicuratori possano avere un quadro completo relativo alle vostre attività.

Menzionate i prodotti esportati negli Stati Uniti o in Canada negli ultimi tre anni:

Elencate i prodotti che avete intenzione di lanciare sul mercato nei prossimi 12 mesi:

Elencate gli articoli che avete cessato di produrre e la data di tale cessazione:

Alcuni dei vostri prodotti sono stati acquisiti mediante fusione o acquisizione? Sì No

Se la vostra risposta è Sì, descrivete dettagliatamente tali operazioni:

Alcuni dei vostri prodotti o servizi vengono utilizzati o presentano una qualsiasi connessione con i seguenti settori?

Velivoli e /o industria aerospaziale Sì No

Imbarcazioni e/o navigazione Sì No

Se la vostra risposta è Sì, descrivete dettagliatamente tali connessioni:

Menzionate i prodotti importati, specificando la loro origine e il loro ammontare:

Nel caso in cui non forniate prodotti ma servizi o trattamenti vari, specificatelo nella presente sezione:

Incaricate terzi di produrre, assemblare, imballare, etichettare o installare prodotti per vostro conto?

Sì No

Se la vostra risposta è Sì, descrivete dettagliatamente tale pratica commerciale:

Producete, assemblate, imballate, etichettate o installate prodotti per conto di terzi? Sì No

Se la vostra risposta è Sì, descrivete dettagliatamente tale pratica commerciale:

Alcuni dei vostri prodotti devono essere corredati di apposite avvertenze inerenti il pericolo che potrebbero rappresentare o sono ritenuti dannosi per la salute? Sì No

Se la vostra risposta è Sì, descrivete dettagliatamente tale aspetto:

Predisponete particolari istruzioni per l'uso da accludere ai prodotti che fornite? Sì No

Se la vostra risposta è Sì, descrivete dettagliatamente tale pratica, menzionando le qualifiche professionali del team a essa preposto:

I vostri prodotti vengono disegnati, testati, etichettati e prodotti in modo da conformarsi con tutti gli standard industriali o statali del caso o vengono addirittura studiati al fine di superarli? Sì No

Indicate quali sono gli standard che seguite o le agenzie di approvazione delle quali vi avvalete:

CONTROLLO DELLA QUALITÀ E TENUTA DEI REGISTRI

I vostri registri riportano i dati inerenti ogni cliente al quale è stato venduto/distribuito un vostro prodotto e la data in cui ciò si è verificato? Sì No

Se la vostra risposta è Sì, descrivete dettagliatamente tale operazione ai fini della rintracciabilità:

Descrivete dettagliatamente il vostro sistema di controllo della qualità e le vostre procedure di ispezione:

Potete avvalervi del diritto di ricorso nei confronti dei vostri produttori/fornitori? Sì No

Richiedete ai fornitori certificati che attestino la presenza di un'assicurazione contro i rischi di responsabilità civile sui prodotti? Sì No

Avete mai ritirato o state pensando di ritirare dal mercato alcuni dei vostri prodotti? Sì No

Illustrate nel dettaglio il vostro programma di ritiro dei prodotti e descrivetene ogni specifica operazione:

RESPONSABILITA' CONTRATTUALE

Avete stipulato contratti che v'impongano obblighi di responsabilità che non sareste altrimenti tenuti a onorare?

Sì No

Se la vostra risposta è Sì, descrivete dettagliatamente la natura degli stessi:

Vi avvalete di un modello standard per contratti, accordi o lettere di nomina? Sì No

Se la vostra risposta è Sì, allegare copia degli stessi

STORIA ASSICURATIVA

Siete attualmente o siete stati precedentemente assicurati? Sì No

Se la vostra risposta è Sì, compilate il presente campo facoltativo:

Nome degli assicuratori:

Limite d'indennizzo:

Premio: d. Scoperto:

Data di scadenza:

Negli ultimi cinque anni, una qualsiasi compagnia assicurativa ha cancellato una vostra assicurazione o rifiutato di emetterne una simile a vostro favore? Sì No

Se la vostra risposta è Sì, descrivete dettagliatamente tale aspetto:

Voi, i vostri direttori o i vostri partner commerciali avete mai commesso reati, ad esclusione delle violazioni del codice della strada? Sì No

Se la vostra risposta è Sì, descrivete dettagliatamente tale aspetto:

STORIA DEI RECLAMI, SINISTRI, RICHIESTE DI RISARCIMENTO

Elencate i sinistri subiti nel corso degli ultimi cinque anni, includendo tutti le richieste di risarcimento fronteggiate, in presenza o meno di un'assicurazione, nonché i costi per la difesa e l'eventuale scoperto.

Elencate anche i sinistri delle Società che avete acquisito.

Data in cui è stata presentata la richiesta di risarcimento	Descrizione dei danni	Riserva	Pagamento	Aperto/Chiuso

Siete al corrente di altri avvenimenti che potrebbero dare origine a una richiesta di risarcimento a vostro carico?

Sì No

Se la vostra risposta è Sì, descrivete dettagliatamente tale aspetto:

COPERTURA

Data di decorrenza della copertura assicurativa:

Massimale: €

Avete intenzione di richiedere un'estensione che includa la responsabilità civile per i danni da inquinamento?

Sì No

Massimale: €

Vi preghiamo di verificare di aver risposto a tutte le domande e di aver accluso la seguente documentazione:

- a. Una copia dei vostri modelli standard di contratti, accordi o lettere di nomina (laddove utilizzate).
- b. Una copia di qualsiasi opuscolo o materiale pubblicitario connessi con le vostre attività.

N.B. Sezione da compilare se sono richieste le garanzie RCT/O

Nel caso in cui richiediate l'assicurazione di responsabilità civile (RCT) e di responsabilità civile del datore di lavoro (RCO), vi preghiamo di rispondere alle seguenti domande

Massimale:

Responsabilità Civile	€ <input type="text"/> per sinistro
Responsabilità civile del datore di lavoro	€ <input type="text"/> per sinistro
	€ <input type="text"/> per persona
Estensione per malattia professionale	€ <input type="text"/> per persona

Indicate tutti gli immobili che possedete, affiliate o occupate:

Indirizzo:

I

II

III

IV

V

Indicate l'età e descrivete la struttura e il grado di sicurezza di ognuno dei summenzionati immobili

I

II

III

IV

V

Descrivete le attività effettuate in ognuno dei summenzionati immobili, includendo le informazioni relative ai processi di produzione e al trattamento e smaltimento dei rifiuti:

I

II

III

IV

V

Alcuni dei summenzionati immobili o parti di essi sono stati concessi in leasing o in affitto a terzi? Sì No
Se Sì, quali?

Gli immobili sono dotati d'impianto antincendio a sprinkler? Sì No

Gli immobili sono dotati di luci di emergenza? Sì No

Indicate la frequenza e la natura delle visite di terzi ai vostri stabilimenti:

Descrivete le relative pertinenze (laddove ve ne siano):

Descrivete dettagliatamente tutte le operazioni o gli incarichi di rappresentanza effettuati negli Stati Uniti d'America:

Indicate qualsiasi altra operazione o incarico di rappresentanza che si svolga all'estero:

Queste operazioni sono soggette ad accordi di assicurazione stipulati a livello locale? Sì No

Se la vostra risposta è Sì, descrivete dettagliatamente tale aspetto:

10) Le vostre attività presentano connessioni con i seguenti settori?

- Attrezzature per l'ancoraggio d'imbarcazioni Sì No
- Possedete o gestite un'imbarcazione Sì No
- Attrezzature per l'atterraggio di velivoli Sì No
- Possedete o gestite un velivolo Sì No
- Binari di raccordo, stazioni di testa o passaggi a livello ferroviari Sì No
- Sostanze tossiche o nocive aventi un alto potenziale inquinante se non opportunamente trattate o smaltite?
 Sì No

Nel caso in cui abbiate risposto Sì ad almeno una delle summenzionate domande, fornite dettagliati dati in merito:

11) Retribuzioni annuali stimate:

	Retribuzioni	Numero di dipendenti
Impiegati e personale amministrativo	€ <input type="text"/>	<input type="text"/>
Agenti di vendita	€ <input type="text"/>	<input type="text"/>
Personale addetto alla produzione	€ <input type="text"/>	<input type="text"/>
Personale addetto a installazione, manutenzione e riparazione	€ <input type="text"/>	<input type="text"/>
Personale addetto al magazzino	€ <input type="text"/>	<input type="text"/>
Altro (specificare)	€ <input type="text"/>	<input type="text"/>
TOTALE	€ <input type="text"/>	<input type="text"/>

12) Tutti i dipendenti sono assoggettati a copertura INAIL? Si No

Nel caso in cui la Vostra risposta sia No, elencate il numero di tali dipendenti, specificando la loro mansione e la loro retribuzione stimata:

LAVORO INTRAPRESO FUORI DAI PROPRI STABILIMENTI

1) Nel caso in cui intraprendiate un lavoro al di fuori dei vostri stabilimenti che non si configuri quale ritiro e consegna di merce, vendita, campagna promozionale o esposizione di prodotti, Vi preghiamo di indicarlo in questa apposita sezione:

a. Qual è la natura di tale lavoro?

b. Il lavoro viene effettuato ad un'altezza superiore a 15 metri? Si No

c. Il lavoro viene effettuato in uno dei seguenti luoghi?

Velivoli o aeroporti	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Navi o darsene	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Miniere	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Stabilimenti per la lavorazione di prodotti chimici, gas o impianti di magazzinaggio	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Centrali o impianti nucleari	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Impianti offshore	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Nel caso in cui abbiate risposto Sì ad almeno una delle summenzionate domande, fornite dettagliati dati in merito:

d. Utilizzate fonti di calore al di fuori dei vostri stabilimenti? Sì No

Se la risposta è Sì, che tipo di attrezzatura da taglio, rettifica e fresatura utilizzate?

Illustrate nel dettaglio le procedure di sicurezza alle quali vi attenete nell'utilizzo delle summenzionate attrezzature:

SUBAPPALTATORI

1) Subappaltate qualche lavoro? Sì No

Costo del lavoro subappaltato: €

2) I subappaltatori sono tenuti a stipulare un'assicurazione contro i rischi di responsabilità civile? Sì No

3) Qual è il massimale minimo che i subappaltatori sono tenuti a sottoscrivere? €

4) Richiedete ai vostri subappaltatori certificati assicurativi? Sì No

5) Avete stipulato o fatto stipulare in vostro favore opportuni accordi d'esonazione? Sì No

Se la vostra risposta è Sì, descrivete dettagliatamente tale aspetto:

STORIA ASSICURATIVA

1) Siete attualmente o siete stati precedentemente assicurati? Sì No

Se la vostra risposta è Sì, compilate il presente campo facoltativo:

Nome degli assicuratori	Massimale	Premio	Scoperto	Data di scadenza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2) Negli ultimi cinque anni, una qualsiasi compagnia assicurativa ha annullato una vostra assicurazione o rifiutato di emetterne una simile a vostro favore? Sì No

Se la vostra risposta è Sì, descrivete dettagliatamente tale aspetto:

3) Voi, i vostri direttori o i vostri partner commerciali avete mai commesso reati, ad esclusione delle violazioni codice della strada? Sì No

Se la vostra risposta è Sì, descrivete dettagliatamente tale aspetto:

STORIA DI RECLAMI, SINISTRI, RICHIESTE DI RISARCIMENTO

1) Elencate i sinistri subiti nel corso degli ultimi cinque anni (incluse quelle riportate dalle Società che avete acquisito).

Data in cui è stata presentata la richiesta di risarcimento	Descrizione dei danni	Riserva	Pagamento

2) Siete al corrente di altri avvenimenti che potrebbero dare origine a una richiesta di risarcimento a vostro carico?

Sì No

Se la vostra risposta è Sì, descrivete dettagliatamente tale aspetto:

PREVENZIONE DELLE PERDITE

1) Avete stipulato una speciale polizza relativa a Salute e Sicurezza per tutelare i vostri dipendenti ed i visitatori dello stabilimento? Sì No

Se la vostra risposta è Sì, allegare copia della stessa.

2) Disponete di un protocollo scritto per la gestione dei reclami relativi ai vostri prodotti e servizi e ai danni che essi potrebbero causare? Sì No

Se la vostra risposta è Sì, descrivete dettagliatamente tale aspetto:

3) Disponete di attrezzature per il pronto soccorso? Sì No

Se la vostra risposta è Sì, descrivete dettagliatamente tale aspetto:

4) Il vostro staff si compone di un addetto alla sicurezza e/o di un addetto alla prevenzione dei danni? Sì No

Se la vostra risposta è Sì, descrivete dettagliatamente tale aspetto:

DICHIARAZIONI

In riferimento a quanto dichiarato nelle precedenti domande, il sottoscritto, rappresentante legale/procuratore del Proponente/Assicurato e degli altri soggetti assicurati, dichiara:

- che le affermazioni e le informazioni fornite corrispondono a verità e che nessuna informazione importante è stata sottaciuta, omessa o alterata e riconosce che il presente modulo proposta e ogni altra informazione fornita dal sottoscritto o per conto dell'Assicurato/Contraente costituisce la base all'eventuale contratto di assicurazione che sarà emesso in conseguenza.
- di essere disponibile ad informare immediatamente gli Assicuratori di ogni variazione di quanto qui dichiarato, che avvenga successivamente alla compilazione del presente questionario.
- di aver letto attentamente le condizioni di polizza compresa l'informativa ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo 30/06/2003, n.196 e la nota informativa ai sensi dell'articolo 123 del Decreto Legislativo 17 marzo 1995, n. 175 ed in conformità con quanto disposto dalla circolare ISVAP n. 303 del 02/06/1997.

Data / /

Nome e Cognome

Firma _____

INFORMATIVA

AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO 30/06/2003 N. 196

Il decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 in materia di protezione dei dati personali (in seguito denominato "Legge"), prevede in capo a DR Broker SpA, con sede legale in Via delle Cave di Pietralata, 14 - 00157 Roma, sede operativa in Via Ugo Bassi, 204 – 98123 Messina, in qualità di titolare del trattamento, l'obbligo di fornire ai propri clienti la presente informativa relativamente al trattamento dei loro dati personali (di seguito, i "Dati").

1. Finalità del trattamento dei Dati

I suoi dati, da lei forniti per la stipula di polizze assicurative o per altri servizi connessi, saranno oggetto di trattamento da parte di DR Broker SpA:

- a) per la raccolta di informazioni pre-contrattuali, inclusa la valutazione economico finanziaria al fine della conclusione del contratto di assicurazione, nonché per la gestione ed esecuzione del contratto stesso, per la eventuale gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa da parte di DR Broker SpA per conto di Compagnie di assicurazioni autorizzate ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, per l'adempimento di ogni obbligo di legge relativo ai contratti di ai sopra ed all'esercizio dell'attività assicurativa, gestione del contenzioso giudiziale e stragiudiziale, prevenzioni di frodi, consulenza;
- b) per finalità di informazione e promozione commerciale di nuovi prodotti assicurativi nonché di prodotti e offerte anche di terzi, anche a mezzo fax e posta elettronica, sms o mms.

2. Modalità del trattamento dei Dati

Il trattamento effettuato con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati è svolto direttamente dalla DR Broker SpA per conto della Compagnia di assicurazione a cui verrà trasferita la titolarità del trattamento, e da soggetti esterni a tale organizzazione, sia facenti parte della catena distributiva del settore assicurativo, sia da società di servizi, che sono state da noi nominate responsabili del trattamento.

3. Conferimento dei Dati

Il conferimento dei Dati per le finalità di cui al punto 1a) è obbligatorio ai fini della conclusione di nuovi rapporti o della gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o della gestione e liquidazione dei sinistri. L'eventuale rifiuto da parte sua di conferire i dati comporterebbe l'impossibilità da parte di DR Broker SpA di perfezionare i relativi contratti di assicurazione o di consulenza e di gestire e liquidare i sinistri. Il conferimento dei Dati per le finalità di cui al punto 1b) è invece facoltativo, e l'eventuale rifiuto da parte sua di conferire i Dati comporterebbe solo l'impossibilità da parte nostra di inviareLe informazioni e promozioni commerciali di nuove offerte o di nuovi prodotti assicurativi.

4. Dati sensibili

DR Broker SpA potrebbe avere la necessità, per prodotti assicurativi sanitari o in caso di sinistri, di predisporre informazioni relative a visite mediche, o comunque gestire i suoi Dati sanitari, per lo svolgimento e l'ottenimento di analisi, cartelle cliniche, pareri e così via. Tali Dati potranno essere eventualmente comunicati alla controparte assicurativa, e saranno comunicati alle categorie di soggetti indicate al punto 5, per le sole finalità di cui al punto 1 a).

5. Comunicazione e Diffusione dei Dati

I Suoi Dati, inclusi quelli sensibili, possono essere comunicati per l'adempimento di tutti gli obblighi di legge e di contratto: agli altri soggetti del settore assicurativo quali assicuratori (ivi comprese le compagnie o le società cui sia affidata la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, quelli esercenti il ramo assistenza e tutela giudiziaria), coassicuratori (eventualmente indicati nel contratto) e riassicuratori; legali, periti e consulenti di DR Broker SpA e delle compagnie assicurative, nonché a Istituti Bancari e di credito ai fini della corretta esecuzione del pagamento dei premi assicurativi legati alla stipulazione della polizza; ad Organi di Vigilanza e Controllo, quali l'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni), nonché ad altri enti od organismi titolari di banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (quali ad esempio l'Ufficio Italiano Cambi, il Casellario Centrale Infortuni, il Ministero dei Trasporti, la Motorizzazione Civile); ad organismi associativi propri del settore assicurativo quali l'ANIA (Associazione Nazionale Imprese Assicuratrici), CID (Consorzio per la Convenzione Indennizzo Diretto) e l'UCI (Ufficio Centrale Italiano). I Suoi Dati potranno inoltre essere con il suo consenso comunicati a terzi per finalità di invio di materiale pubblicitario da parte di tali terzi.

6. Diffusione e Trasferimento dei dati all'estero

I dati potranno essere, eventualmente, diffusi ma solo in forma aggregata, anonima e per finalità statistiche. Nei limiti strettamente necessari all'esecuzione del rapporto contrattuale con Lei/Voi in corso, i Suoi/Vostri dati personali potranno essere comunicati a soggetti terzi (quali i fornitori) situati all'estero, dentro o fuori l'Unione Europea.

7. Diritti dell'interessato

Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art 7 tra cui, a titolo esemplificativo, il diritto di ottenere conferma dell'esistenza o meno dei Dati che la riguardano, il loro aggiornamento, rettificazione ed integrazione. Lei potrà opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei Dati che la riguardano e ricorrendone gli estremi, potrà richiedere la cancellazione, trasformazione in forma anonima o blocco dei dati trattati in violazione di legge. I suddetti diritti potranno essere esercitati, anche per il tramite di un incaricato, mediante richiesta rivolta al Responsabile nominato (Pizzo Febbroia) con lettera raccomandata.

8. Titolare del Trattamento

Titolare del trattamento è DR Broker SpA, con sede legale in Via delle Cave di Pietralata, 14 - 00157 Roma, sede operativa in Via Ugo Bassi, 204 – 98123 Messina. Il Responsabile per il riscontro all'interessato in corso di esercizio dei diritti di cui all'art.7 del d.lgs. 196/2003 è l' Amministratore. L'elenco costantemente aggiornato dei responsabili del trattamento eventualmente designati da DR Broker SpA è disponibile presso la sede del titolare.

Vi informiamo che il “trattamento” dei “dati personali” e “sensibili” riferito a Voi od eventualmente a persone di cui Vi avvalete nell’espletamento della Vostra attività, è diretto esclusivamente allo svolgimento dell’attività di mediazione assicurativa di cui al D.lgs 209/2005. Detto “trattamento” potrà da noi essere effettuato con l’ausilio di mezzi elettronici. Nel confermarVi che i “dati personali” non sono soggetti a diffusione, ma potranno essere soggetti a “trasferimento”, Vi precisiamo che il “titolare” del “trattamento” è DR Broker SpA con l’ausilio anche di Società ad essa collegate. La sottoscrizione del presente questionario è da intendersi quale “assenso” scritto al “trattamento” dei suddetti dati.

Data / /

Firma del Proponente _____