UNIVERSITÀ DI PADOVA
Dipartimento
di Scienze biomediche

DICHIARAZIONE DI AVVENUTO PAGAMENTO MEDIANTE PAGOPA DELLA POLIZZA ASSICURATIVA CONTRO GLI INFORTUNI

Il sottoscritto (Nome)…….……(Cognome) ……..…….……

Nato a ……..... Provincia …… il (gg/mm/aaaa) …….

Residente in via ……. nr. ……..

CAP ……. Comune …….. Provincia …….. Stato ……..

Domiciliato (indicare solo se diverso dalla residenza) in via ……

nr. …… CAP …… Comune …….. Provincia….. Stato …….

Codice Fiscale ……..……..

Estremi del documento: Tipo …… Nr. Documento ……

DICHIARA

di aver effettuato il pagamento per la stipula della polizza assicurativa contro gli infortuni pari all'importo di 6,50 €/ sei euro e cinquanta centesimi.

Data ……

Firma del dichiarante

……