



## DELEGA DI FIRMA PER RICHIESTE COPERTURA ASSICURATIVA

Modulo n. 9

RACCOMANDATA o FAX : 02205723201

..... li .....

Alla Sede Centrale del  
Club alpino italiano  
Ufficio assicurazioni  
Via E. Petrella 19 - 20124 MILANO -

Il **Presidente della Sezione** di .....

### DELEGA

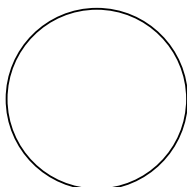
Il/I Reggente/i della/e sottosezione/i :

N.	COGNOME	NOME	SOTTOSEZIONE
1			
2			
3			
4			
5			

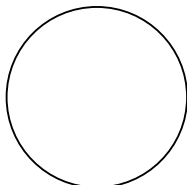
a firmare le richieste di copertura assicurativa in nome e per conto della sezione di appartenenza:

**Tale delega sara' valida fino a quando la Sede Centrale non riceve revoca della stessa.**

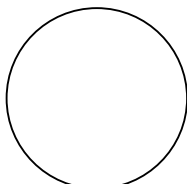
**Timbro della Sezione di appartenenza**



**Timbro della Sottosezione**



**Timbro della Sottosezione**



**Firma del Presidente della Sezione**

\_\_\_\_\_

**Reggente della Sottosezione**

\_\_\_\_\_

**Reggente della Sottosezione**

\_\_\_\_\_

**N.B.: Qualora non bastasse allegare ulteriore elenco**