*Certificato di Adesione N. (…..)*

*Dichiarazione  estremi della polizza ai sensi dell’art.5 comma 1 del DPR 137.*

Egregio Dott. / Gentile Dott.ssa

**“Cognome Nome”**

con la presente Le confermiamo l’avvenuta sottoscrizione di idonea copertura assicurativa per i rischi professionali attraverso la polizza “Collettiva” CONAF - Consiglio dell’Ordine Nazionale dei Dottori Agronomi e dei Dottori Forestali/AIG – N. **IFL0006723** in ottemperanza all’art. 5, comma 1, del D.P.R. n. 137 del 7/08/2012.

La polizza sarà valida sino dalle ore 24,00 del “(*inserire automaticamente*)” alle ore 24,00 “(*inserire automaticamente*)”.

La Sua posizione relativa alla copertura di Responsabilità Civile Professionale prevede la copertura dei rischi professionali nell’esercizio dell’attività di cui all’art. 2 della Legge 3/76 s.m.i e dell’art. 11 del DPR 328/2001, secondo quanto previsto dal Regolamento CONAF 1/2013, un massimale di Euro “(*inserire automaticamente*)”, la retroattività illimitata ed la ultrattività decennale in caso di cessazione della professione.

Per le altre condizioni consultare e\o scaricare nel sito [www.conaf.it\sportelloassicurativoprofessionale\vademecum](http://www.conaf.it\sportelloassicurativoprofessionale\vademecum), il vademecum con tutte le relative informazioni della polizza assicurativa.

Si attesta che lei versato un contributo per le spese relative alla polizza collettiva CONAF pari ad € “(*inserire automaticamente*)”.

**Seguirà apposita dichiarazione a lei intestata rilasciata dalla compagnia assicuratrice AIG relativa alla polizza n.** **IFL0006723.**

Roma, “00/00” /2013

Il Presidente

**Andrea Sisti, Dottore Agronomo**