

### Modulo 3. Continuazione cure (Raccomandata)

Spett.le  
Assicuratrice Milanese S.p.a.  
Ufficio Sinistri Scuole - Corso Libertà n° 53  
41018 San Cesario Sul Panaro (MO)  
Fax 059.4909002/059.4909003

**OGGETTO:** Comunicazione di continuazione cure, interruzione della prescrizione dei termini ex art. 2952 c.c.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

In qualità di genitore dell'alunno/a minore

In qualità di danneggiato

Iscritto / dipendente presso l'Istituto Scolastico \_\_\_\_\_

Del Comune di \_\_\_\_\_

dichiara la continuazione delle cure dell'infortunio avvenuto il \_\_\_\_\_

**Valga la presente ai fini dell'interruzione dei termini di prescrizione ai sensi di legge.**

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

#### TABELLA DATI MEDICO CURANTE

Nome e Cognome del medico curante \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Motivazione continuazione cure:

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA del medico \_\_\_\_\_