

Spett.le GBSAPRI SpA
c.a. Sig.ra Maria Cicchetti
fax n. 06/45761.711

MODULO DI ADESIONE COPERTURA INFORTUNI CUMULATIVA UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TRIESTE
POLIZZA N. 731259886 – ALLIANZ

Per l'adesione personale, con costo a carico dei singoli, ai fini dell'attivazione della copertura prestata dalla polizza n. 731259886 Allianz, avente la durata dal 31.12.2019 al 31.12.2020, si dispone quanto segue:

L'Assicurando dovrà completare e sottoscrivere il presente Modulo di adesione ed inviarlo alla **GBSAPRI S.p.A.** – Via Nomentana, 183 – 00161 Roma – a mezzo fax 06/45761.711 o lettera raccomandata e corrispondere a mezzo bonifico bancario, con valuta per il beneficiario non oltre il giorno di decorrenza richiesto, il relativo premio sul seguente conto corrente, anticipandone comunicazione via fax al n. 06.45761.711 o e-mail a maria.cicchetti@gsbapri.it:

Beneficiario: GBSAPRI S.p.A - Causale: COGNOME, NOME, UNIVERSITA' DI TRIESTE INFORTUNI

IBAN BANCO DI SARDEGNA: IT 19 Q 0101503201000070244890

Per informazioni o chiarimenti rivolgersi, prima dell'invio del modulo, alla GBSAPRI SpA, sig.re Maria Cicchetti o Carmina Tomassetti, telefono 06.45761.233 e 124.

Dati dell'ASSICURATO:

Nome: _____ Cognome: _____

Indirizzo: _____

Codice Fiscale Italiano (obbligatorio): _____ Tel.: _____

E-Mail: _____

appartenente ad una delle seguenti categorie:

A	Titolari di borse di studio assegnate nell'ambito di programmi comunitari di cooperazione.
B	Assegnatari di specifiche borse di studio erogate dall'Università e/o altri Enti o privati, stagisti, tirocinanti o semplici ospiti, comunque autorizzati sia alla frequenza nelle strutture, che all'uso delle relative apparecchiature.
C	Ospiti presenti a seguito di accordi bilaterali di cooperazione.
D	Titolari di assegno per collaborazione ad attività di ricerca e più in generale persone che, con affidamento di incarico ed a qualsiasi titolo, svolgeranno attività di ricerca.
E	Titolari di contratto di collaborazione coordinata e continuativa.
F	Collaboratori di ricerca o tecnici con contratto per prestazioni occasionali.
G	Iscritti a percorsi di aggiornamento per l'istruzione e l'apprendimento permanente a livello individuale, attivati dall'Ateneo e non rientranti nell'offerta formativa di tipo ordinario.
H	dipendenti, studenti laureandi e specializzandi, nonché dottorandi e iscritti a corsi master, e neo laureati, in mobilità transnazionale per svolgimento di attività di studio e/o di tirocini, presso imprese private, Enti di ricerca o Enti Pubblici, sia incoming che outcoming, nell'ambito di Programmi Comunitari (es. Erasmus+ Studio, Erasmus+ per Traineeship, Programmi Extra europei attivati dal Ministero e dalle Università) e non, per l'istruzione e la formazione.

Il premio annuo lordo pro-capite è pari a **55,00 euro**, ferma la possibilità di aderire ed effettuare il pagamento per singole mensilità. Per frazioni di mese si applica comunque il premio pari ad 1/12 del premio annuo lordo pro-capite. La comunicazione al Broker con il versamento del premio allo stesso fa stato ai fini dell'operatività della garanzia.

Data di decorrenza della copertura	Data di scadenza della copertura (NON OLTRE IL 31.12.2020)
dalle ore 24.00 del	alle ore 24.00 del
Premio lordo versato per il periodo di copertura:	Euro

DICHIARO altresì di:

- di conoscere ed accettare tutte le condizioni generali e particolari di assicurazione e, agli effetti di quanto disposto dagli artt. 1892/1893 C.C. e di approvare specificatamente le disposizioni degli articoli: 1.3 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia, 1.7 Recesso in caso di sinistro, 1.8 Durata del contratto, 1.10 Foro competente; 1.13 Assicurazione presso diversi assicuratori, 1.14 Clausola Broker;
- di aver ricevuto ed aver preso visione dell'informativa pre-contrattuale Allegato 3 e 4, Informativa sulla Privacy e Questionario adeguatezza.

Data

L'ASSICURATO

.....

.....



GBSAPRI 1951
BROKER DI ASSICURAZIONI

DA COMPILARE E RESTITUIRE FIRMATO

- Questionario sull'adeguatezza del contratto offerto

**QUESTIONARIO DI ADEGUATEZZA DEL
CONTRATTO OFFERTO RAMI DANNI**
(ART. 119-ter, Codice delle Assicurazioni Private –
Art. 58 del Regolamento IVASS n. 40/2018)

Gentile Cliente, ai sensi della normativa vigente, siamo tenuti ad acquisire da Lei ogni informazione utile a identificare le Sue richieste ed esigenze assicurative, al fine di valutare l'adeguatezza del contratto offerto – vale a dire, la rispondenza del prodotto assicurativo alle Sue richieste e quindi l'idoneità dello stesso a soddisfare le Sue esigenze. A tal fine, Le chiediamo di dedicare alcuni minuti del Suo tempo alla compilazione del questionario che segue, indispensabile per poter effettuare la valutazione di cui sopra. Desideriamo sottolineare che la mancata risposta a uno o più dei quesiti di seguito riportati potrebbe compromettere la corretta valutazione dell'adeguatezza del prodotto assicurativo. Qualora Lei non intendesse fornire tali risposte, Le chiediamo gentilmente di sottoscrivere la **"Dichiarazione di rifiuto a fornire le informazioni richieste"** riportata in calce al questionario. Parimenti, in caso Lei richieda prodotti diversi da quelli che risultano coerenti all'esito della presente verifica, Le chiediamo gentilmente di sottoscrivere la **"Dichiarazione di volontà di acquisto in caso di possibile inadeguatezza"** riportata in calce al questionario. Laddove Lei sia stato altresì prestato il servizio di consulenza in relazione al prodotto assicurativo in questione, Le chiediamo gentilmente di sottoscrivere la **"Dichiarazione relativa alla raccomandazione personalizzata fornita al contraente"** riportata in calce al questionario – ovvero, se del caso, la **"Dichiarazione di volontà di acquisto di un prodotto diverso dal prodotto raccomandato"**.

INFORMAZIONI ANAGRAFICHE RELATIVE AL CONTRAENTE

COGNOME E NOME /
RAGIONE SOCIALE _____

CODICE FISCALE /
P.I. _____

RESIDENZA / SEDE
SOCIALE _____

ULTERIORI
INFORMAZIONI
(PERSONE FISICHE)

Data di nascita _____
Luogo di nascita _____
Stato civile ☐ libero di stato ☐ convivente *more uxorio*
☐ coniugato o unito civilmente in ☐ convivente ex L. 76/2016 (c.d.
regime di comunione legale Legge Cirinnà)
☐ coniugato o unito civilmente in
regime di separazione

Nucleo familiare _____

PROFESSIONE /
ATTIVITÀ
LAVORATIVA
(PERSONE FISICHE)

☐ dipendente a tempo ☐ dipendente a tempo ☐ lavoratore autonomo
indeterminato determinato ☐ studente
☐ libero professionista / ☐ pensionato ☐ disoccupato
imprenditore
☐ altro (specificare): _____

ATTIVITÀ SOCIALE
(ENTI / PERSONE
GIURIDICHE /
ASSOCIAZIONI)

☐ agricoltura, silvicoltura e/o pesca ☐ attività immobiliari
☐ estrazioni di minerali da cave e miniere ☐ attività professionali, scientifiche e/o
tecniche
☐ attività manifatturiere ☐ noleggio e/o locazione di beni
☐ fornitura di energia elettrica, gas, vapore ☐ agenzia di viaggio
e/o aria condizionata ☐ servizi di supporto alle imprese
☐ costruzioni ☐ amministrazione pubblica e/o difesa
☐ commercio all'ingrosso e/o al dettaglio ☐ istruzione
☐ riparazione di autoveicoli e/o motocicli ☐ sanità
☐ trasporto e/o magazzinaggio

Sede Legale:
Via Nomentana, 183
00161 - Roma
pec: gbsapri@legalmail.it

Sede Operativa di Roma:
Via Nomentana, 183
00161 - Roma
Tel. (+39) 06.45.761
Fax (+39) 06.45.761.717

ROMA - MILANO - POTENZA - NAPOLI - TRENTO - PALERMO

**GBSAPRI**

1951

B R O K E R D I A S S I C U R A Z I O N I

- | | |
|---|---|
| ☐ attività dei servizi di alloggio e/o di ristorazione | ☐ assistenza sociale |
| ☐ servizi di informazione e/o comunicazione | ☐ attività artistiche, sportive, di intrattenimento e/o divertimento |
| ☐ attività finanziarie e/o assicurative | ☐ attività sociali |
| ☐ altro (specificare): _____ | ☐ altre attività di servizi |

**INFORMAZIONI RELATIVE ALLE ASPETTATIVE DEL CONTRAENTE
(RICHIESTE ED ESIGENZE ASSICURATIVE)**

- | | | | |
|---|---|--|---|
| AMBITO DELLA COPERTURA | ☐ privato
☐ lavorativo | OBBLIGATORIETÀ DELLA COPERTURA | ☐ sì
☐ no |
| IL CONTRATTO SODDISFA OBBLIGHI DI LEGGE | ☐ sì
☐ no | IL CONTRATTO SODDISFA VINCOLI DA PARTE DI TERZI | ☐ sì
☐ no |
| ESISTENZA DI ALTRE COPERTURE ASSICURATIVE | ☐ incendio
☐ responsabilità civile
☐ assistance
☐ altro (specificare): _____ | ☐ furto
☐ infortuni
☐ cyber crime | ☐ tutela legale
☐ malattia
☐ non esistono altre coperture assicurative |

ASPETTATIVE IN
TERMINI DI
COPERTURA
(ESIGENZE
ASSICURATIVE /
RISCHIO DA
ASSICURARE /
SOGGETTI DA
TUTELARE)

- | | | | |
|----------------------------------|--|--|---|
| ASPETTATIVE IN TERMINI DI DURATA | ☐ annuale con tacito rinnovo
☐ non oltre 5 anni | ☐ annuale senza tacito rinnovo
☐ oltre 5 anni | ☐ meno di un anno o temporanea |
|----------------------------------|--|--|---|

**INFORMAZIONI RELATIVE ALLA DISPONIBILITÀ E MODALITÀ DI
SPESA DEL CONTRAENTE**

IN FUNZIONE DELLE RICHIESTE FATTE A COPERTURA DELLE SUE ESIGENZE ASSICURATIVE, QUAL È LA SUA
DISPONIBILITÀ DI SPESA PER IL
CONTRATTO RICHIESTO?

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ fino ad Euro 250,00 | ☐ tra Euro 250 e Euro 500 | ☐ tra Euro 500 e Euro 1.000 |
| ☐ tra Euro 1.000 e Euro 2.000 | ☐ altro (specificare): _____ | |

DESIDERA PAGARE IL PREMIO CON RATEAZIONE?

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| ☐ sì | ☐ no | ☐ non risponde |
|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|

**ARGOMENTI TRATTATI SU CARATTERISTICHE ED EVENTUALI LIMITAZIONI ALLE PRESTAZIONI DEL
CONTRATTO OFFERTO**

Le sono state illustrate le caratteristiche essenziali e le prestazioni obbligatoriamente fornite? ☐ sì ☐ no

Le sono state precisate la durata prevista, l'eventualità di rinnovo tacito o espresso nonché facoltà e modalità di recesso? ☐ sì ☐ no

Sede Legale:
Via Nomentana, 183
00161 - Roma
pec: gbsapri@legalmail.it

Sede Operativa di Roma:
Via Nomentana, 183
00161 - Roma
Tel. (+39) 06.45.761
Fax (+39) 06.45.761.717

ROMA - MILANO - POTENZA - NAPOLI - TRENTO - PALERMO

SONO STATI ESPOSTI I CONTENUTI DEL CONTRATTO E DELLE GARANZIE PRESTATE E, IN PARTICOLARE:

Rivalse/Franchigie/Scoperti	☐ sì	☐ no
Periodi di carenza	☐ sì	☐ no
Esclusioni	☐ sì	☐ no
Massimali/Capitali/Somme assicurate	☐ sì	☐ no
Validità temporale della garanzia	☐ sì	☐ no
Forma di assicurazione	☐ sì	☐ no
Decadenze	☐ sì	☐ no
Le è sufficientemente chiaro che le risposte da Lei fornite alle domande contenute nel questionario da Lei compilato hanno anche rilevanza ai sensi dell'art 58 del Regolamento IVASS n. 40/2018 per la valutazione dell'adeguatezza del contratto offerto?	☐ sì	☐ no
Le sono chiare le caratteristiche del contratto offerto?	☐ sì	☐ no
Le sono state spiegate in modo chiaro le esclusioni, le limitazioni e le decadenze previste nel contratto?	☐ sì	☐ no
È consapevole del fatto che quando in polizza viene pattuito uno scoperto o un minimo o una franchigia o un limite di risarcimento significa che parte del rischio rimane a Suo carico?	☐ sì	☐ no
Le sono chiari i contenuti del Documento Informativo Precontrattuale (DIP) e del Fascicolo Informativo, comprese le Condizioni Generali di assicurazione relative al contratto offerto?	☐ sì	☐ no

Sede Legale:
 Via Nomentana, 183
 00161 - Roma
 pec: gbsapri@legalmail.it

Sede Operativa di Roma:
 Via Nomentana, 183
 00161 - Roma
 Tel. (+39) 06.45.761
 Fax (+39) 06.45.761.717

ROMA - MILANO - POTENZA - NAPOLI - TRENTO - PALERMO

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

Il sottoscritto contraente, preso atto delle informazioni di cui sopra nonché delle ulteriori informazioni fornite e dei documenti trasmessi dall'intermediario, dichiara (selezionare la voce che interessa):

1. ☐ DICHIARAZIONI GENERALI DEL CONTRAENTE

- di aver preso visione / ricevuto l'Allegato 3, contenente la "Comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti";
- di aver preso visione / ricevuto l'Allegato 4, contenente le "Informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, del contratto";
- di aver ricevuto il questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto offerto e di aver fornito informazioni corrette e veritiere nella compilazione dello stesso;
- di aver ricevuto la documentazione precontrattuale e contrattuale relativa al contratto offerto, ivi inclusi, tra l'altro, il Documento Informativo Precontrattuale (DIP), il Fascicolo Informativo e il testo contrattuale della polizza (e delle relative appendici, ove previste);
- di aver ricevuto l'informativa sul trattamento dei dati personali;
- di aver ricevuto e accettato le condizioni del mandato di *brokeraggio* assicurativo.

Data

Il contraente

2. ☐ DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI ADEGUATEZZA

- di aver fornito informazioni corrette e veritiere nella compilazione del questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto offerto, senza tacere alcuna ulteriore informazione potenzialmente rilevante ai fini della verifica di adeguatezza del contratto offerto da parte dell'intermediario;
- di essere stato informato dall'intermediario che, sulla base delle informazioni da me fornite in occasione della presentazione del contratto offerto, lo stesso risulta coerente con le mie richieste ed esigenze assicurative;
- di essere consapevole della circostanza per cui tale giudizio di adeguatezza si fonda sulla consapevolezza dell'intermediario che il sottoscritto abbia ricevuto e compreso tutte le informazioni riguardo al contratto offerto con particolare riferimento alla sua tipologia, al premio, alla durata, alle eventuali limitazioni, esclusioni, decadenze, postume, pregresse e clausola Claims Made, ivi previste.

Data

Il contraente

3. ☐ DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE UNA O PIÙ DELLE INFORMAZIONI RICHIESTE

- di non voler fornire una o più delle informazioni richiestemi;
- di essere consapevole che il rifiuto di fornire una o più delle informazioni richiestemi pregiudica la capacità dell'intermediario di individuare il contratto coerente con le mie richieste ed esigenze;
- di voler comunque procedere con la stipula del contratto.

Data

Il contraente

Data

L'intermediario

Sede Legale:
Via Nomentana, 183
00161 - Roma
pec: gbsapri@legalmail.it

Sede Operativa di Roma:
Via Nomentana, 183
00161 - Roma
Tel. (+39) 06.45.761
Fax (+39) 06.45.761.717

ROMA - MILANO - POTENZA - NAPOLI - TRENTO - PALERMO

4. ☐ DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA

- di essere stato informato dall'intermediario che, sulla base delle informazioni da me fornite in occasione della presentazione del contratto offerto, lo stesso non risulta coerente con le mie richieste ed esigenze assicurative, sulla base dei motivi riportati nel seguente riquadro:

Principali motivi di inadeguatezza (da compilare a cura dell'intermediario):

- di essere pertanto consapevole dei rischi che potrebbero derivare dalla sottoscrizione del contratto, nonostante la valutazione di inadeguatezza effettuata dall'intermediario;
- di voler comunque procedere con la stipula del contratto.

Data

Il contraente

Data

L'intermediario

5. ☐ DICHIARAZIONE RELATIVA ALLA RACCOMANDAZIONE PERSONALIZZATA FORNITA AL CONTRAENTE

- di aver beneficiato dei servizi di consulenza offerti dall'intermediario, secondo quanto di seguito specificato, e di aver ricevuto la raccomandazione personalizzata riportata nel seguente riquadro (da compilare a cura dell'intermediario):

Tipologia di consulenza (da compilare a cura dell'intermediario):

- ☐ Consulenza *ex art. 119-ter*, comma 3, Codice delle Assicurazioni Private;
- ☐ Consulenza "imparziale", fondata su un'analisi imparziale e personale *ex art. 119-ter*, comma 4, Codice delle Assicurazioni Private.

Raccomandazione personalizzata (da compilare a cura dell'intermediario):

Data

Il contraente

Sede Legale:
Via Nomentana, 183
00161 - Roma
pec: gbsapri@legalmail.it

Sede Operativa di Roma:
Via Nomentana, 183
00161 - Roma
Tel. (+39) 06.45.761
Fax (+39) 06.45.761.717

ROMA - MILANO - POTENZA - NAPOLI - TRENTO - PALERMO

6. ☐ DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO DI UN PRODOTTO DIVERSO DAL PRODOTTO RACCOMANDATO

- di essere consapevole che il contratto oggetto di acquisto non corrisponde al contratto raccomandato dall'intermediario in ragione della raccomandazione personalizzata di cui sopra;
- di voler comunque procedere con la stipula del contratto.

Data

Il contraente

Data

L'intermediario

Sede Legale:
Via Nomentana, 183
00161 - Roma
pec: gbsapri@legalmail.it

Sede Operativa di Roma:
Via Nomentana, 183
00161 - Roma
Tel. (+39) 06.45.761
Fax (+39) 06.45.761.717

ROMA - MILANO - POTENZA - NAPOLI - TRENTO - PALERMO

DA COMPILARE E RESTITUIRE FIRMATO

- Conferma ricezione dell'informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti (All. 3)
- Conferma ricezione dell'informativa sulle informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione o, qualora non prevista, del contratto (All. 4)
- Dichiarazione di consenso alla trasmissione elettronica della documentazione

Cognome e Nome

Ragione Sociale:

Codice Fiscale/Partita Iva:

Polizza rif:

Data e luogo:

In ottemperanza all'art. 56 del Regolamento IVASS n. 40 del 2/08/2018, il sottoscritto contraente dichiara di avere ricevuto:

- ☐ copia della comunicazione informativa, sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti – Allegato 3;
- ☐ copia dell'informativa sulle informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione o, qualora non prevista, prima del contratto – Allegato 4.



Il contraente

Ai sensi di quanto previsto dal Regolamento IVASS 40/2018, preso atto dell'informativa ricevuta per la trasmissione elettronica della documentazione (come allegato):

- ☐ autorizzo l'invio di comunicazioni e di documenti tramite sistema di posta elettronica (e-mail) in sostituzione dell'invio della documentazione cartacea. A tale riguardo, l'indirizzo e-mail al quale chiedo di inviare i documenti è il seguente (scrivere in maiuscolo):

- ☐ non autorizzo all'invio di comunicazioni e di documenti tramite sistema di posta elettronica (e-mail) in sostituzione dell'invio della documentazione cartacea.



Il contraente

- ☐ Consapevole del mio diritto di modificare in ogni momento la scelta, autorizzo l'utilizzo della posta elettronica per l'invio di comunicazioni e di documenti relativi al presente rapporto e a tutti i futuri rapporti con la Società:



Il contraente

**GBSAPRI S.p.A. - Cap. Soc. sottoscritto ed int. versato € 1.500.000,00- Registro Imprese Roma C.F. e P. IVA n. 12079170150
CCIAA di Roma 985506 REA – RUI n. B000054892**

Sede Legale:
Via Nomentana, 183
00161 - Roma
pec: gbsapri@legalmail.it

Sede Operativa di Roma:
Via Nomentana, 183
00161 - Roma
Tel. (+39) 06.45.761
Fax (+39) 06.45.761.717

ROMA - MILANO - POTENZA - NAPOLI - TRENTO - PALERMO

Il/la sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 dichiara di aver letto attentamente e compreso la presente informativa nella sua totalità:

Nome e Cognome (stampatello).....

Firma.....

Denominazione sociale e timbro della società

Consensi:

Do il consenso ☐

Nego il consenso ☐

al trattamento di dati "particolari" (ad esempio, iscrizione a sindacati, partiti o altre associazioni, dati relativi alla salute) già acquisiti o che saranno acquisiti da GBSAPRI S.p.A. e/o da società terze per le finalità già descritte al punto 5), lett. a) e b) (vale a dire, in breve, l'esecuzione delle attività funzionali, connesse o collegate allo svolgimento del mio rapporto con GBSAPRI S.p.A., nonché gli adempimenti ad obblighi di legge).

N.B. in caso di mancato consenso non sarà possibile eseguire quei contratti che necessitano di tali dati "particolari" (es. polizze infortuni e malattie).

Do il consenso ☐

Nego il consenso ☐

a GBSAPRI S.p.A. e/o a società terze da essa incaricate, ad inviarmi posta, posta elettronica, messaggi di testo mediante le principali applicazioni di messaggistica e/o effettuare telefonate per propormi offerte e servizi personalizzati e adatti alle mie esigenze (profilazione).

N.B. in caso di mancato consenso non sarà possibile inviareLe messaggi contenenti ipotesi di miglioramento di contratti relativi ai Suoi prodotti e/o servizi.

Do il consenso ☐

Nego il consenso ☐

alla GBSAPRI S.p.A. e/o a società terze da essa incaricate ad inviare al mio domicilio o al mio indirizzo di posta elettronica periodica documentazione sulle tariffe e sulle offerte praticate su prodotti e/o servizi. Tali comunicazioni potranno avvenire anche mediante altri mezzi di comunicazione, quali telefonate e fax (pubblicità).

Do il consenso ☐

Nego il consenso ☐

alla GBSAPRI S.p.A. e/o a società terze da essa incaricate ad effettuare rilevazioni inerenti la qualità del servizio offerto, sondaggi e indagini di mercato inerenti i servizi e i prodotti offerti.

Luogo **Data**

Nome e Cognome (stampatello)

Firma

.....

.....

Denominazione sociale e timbro

.....

GBSAPRI S.p.A. - Cap.Soc.sottoscritto ed int.versato € 1.500.000-Registro Imprese Roma C.F. e P.IVA n. 12079170150 CCIAA di Roma 985506 REA – RUI n. B000054892

Sede Legale:
Via Nomentana, 183
00161 - Roma
pec: gbsapri@legalmail.it

Sede Operativa di Roma:
Via Nomentana, 183
00161 - Roma
Tel. (+39) 06.45.761
Fax (+39) 06.45.761.717

ROMA - MILANO - TRENTO - POTENZA - PALERMO