

Data di validità del Modulo di proposta: dal 3 dicembre 2019

spazio riservato a Eurovita S.p.A.

Proposta di assicurazione n.°

Mod.

Luogo e data di sottoscrizione

cod. P.F./Consulente

Cognome e Nome

CONTRAENTE

Cognome e Nome / Ragione Sociale

M F Gruppo/Ramo attività econ. [][][][] Sottogruppo attività econ. [][][][]

Luogo di nascita/constituzione Società

Data di nascita/constituzione Società

Codice fiscale/Partita IVA

Indirizzo di residenza

Comune

C.A.P.

Prov.

Telefono

Indirizzo e-mail

Cittadinanza

Documento d'identità⁽¹⁾

N. documento

Data di rilascio

Autorità e località di rilascio

DATI IDENTIFICATIVI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

(Compilare nel caso in cui il Contraente sia una persona giuridica) **Allegare copia del documento d'identità e del codice fiscale.**

Cognome e Nome

Luogo di nascita

Data di nascita

Indirizzo di residenza

Comune

C.A.P.

Prov.

Codice fiscale

Documento d'identità

N. documento

Data di rilascio

Autorità e località di rilascio

INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA/DOMICILIO DEL CONTRAENTE (se diverso dalla residenza)

Cognome e Nome / Ragione Sociale

Indirizzo

Comune

C.A.P.

Prov.

Telefono

ASSICURATO (SE DIVERSO DAL CONTRAENTE)

Cognome e Nome

M F

Cittadinanza

Luogo di nascita

Data di nascita

Codice fiscale

Indirizzo di residenza

Comune

C.A.P.

Prov.

Telefono

BENEFICIARI

In caso di decesso dell'Assicurato:

Beneficiario 1:

Cognome e Nome

%

Luogo di nascita/constituzione Società

Data di nascita/constituzione Società

Codice fiscale/Partita IVA

Indirizzo di residenza

Comune

C.A.P.

Prov.

Telefono

Indirizzo e-mail

Firma del Contraente

Firma dell'Assicurato
(se persona diversa dal Contraente)

Firma del Promotore Finanziario/Consulente⁽²⁾

⁽²⁾ Firma del Promotore Finanziario/Consulente, facente fede della corretta compilazione del Modulo di sottoscrizione della proposta e dell'identificazione personale del firmatario, anche ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche ed integrazioni.

Proposta di assicurazione n.°

Cognome e Nome Contraente

Beneficiario 2:

Cognome e Nome _____ % _____

Luogo di nascita/costituzione Società _____ Data di nascita/costituzione Società _____ Codice fiscale/Partita IVA _____

Indirizzo di residenza _____ Comune _____ C.A.P. _____ Prov. _____

Telefono _____ Indirizzo e-mail _____

Beneficiario 3:

Cognome e Nome _____ % _____

Luogo di nascita/costituzione Società _____ Data di nascita/costituzione Società _____ Codice fiscale/Partita IVA _____

Indirizzo di residenza _____ Comune _____ C.A.P. _____ Prov. _____

Telefono _____ Indirizzo e-mail _____

Beneficiario 4:

Cognome e Nome _____ % _____

Luogo di nascita/costituzione Società _____ Data di nascita/costituzione Società _____ Codice fiscale/Partita IVA _____

Indirizzo di residenza _____ Comune _____ C.A.P. _____ Prov. _____

Telefono _____ Indirizzo e-mail _____

Beneficiario 5:

Cognome e Nome _____ % _____

Luogo di nascita/costituzione Società _____ Data di nascita/costituzione Società _____ Codice fiscale/Partita IVA _____

Indirizzo di residenza _____ Comune _____ C.A.P. _____ Prov. _____

Telefono _____ Indirizzo e-mail _____

Oppure

- Gli eredi testamentari dell'Assicurato o, in mancanza, gli eredi legittimi, in parti uguali
- Il coniuge ed i figli nati e nati del decesso, in parti uguali
- Il coniuge dell'Assicurato alla data del decesso
- I genitori dell'Assicurato in parti uguali o il superstite per intero
- I figli dell'Assicurato nati e nati in parti uguali

Avvertenze:

In caso di mancata indicazione dei singoli Beneficiari in forma nominativa, l'impresa potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del Beneficiario.

La modifica o la revoca del Beneficiario deve essere comunicata all'impresa.

Da compilare facoltativamente:

Il Contraente, per particolari esigenze di riservatezza, richiede all'impresa di far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato a:

Cognome e Nome _____

Indirizzo di residenza _____ Comune _____ C.A.P. _____ Prov. _____

Telefono _____ Indirizzo e-mail _____

Firma del Contraente _____

Firma dell'Assicurato
(se persona diversa dal Contraente)Firma del Promotore Finanziario/Consulente⁽²⁾ _____

⁽²⁾ Firma del Promotore Finanziario/Consulente, facente fede della corretta compilazione del Modulo di sottoscrizione della proposta e dell'identificazione personale del firmatario, anche ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche ed integrazioni.

Proposta di assicurazione n.°

Cognome e Nome Contraente

PREMIO UNICO

Tot. premio Euro _____
(minimo Euro 500.000)

Il pagamento del premio alla firma si intende effettuato dal Contraente

Non è ammesso il pagamento in contanti.

Il premio è corrisposto mediante:

- Bonifico Bancario a favore di Eurovita S.p.A.
 Assegno bancario non trasferibile ordine Eurovita S.p.A.
 Assegno circolare non trasferibile ordine Eurovita S.p.A.

_____ ABI _____ CAB _____ Assegno n.°

SCelta D'INVESTIMENTO

Il Contraente potrà scegliere tra i fondi/linee gestite per un massimo di 40 tra quelli elencati nell'Allegato alle Condizioni di Assicurazione. **Inserire la percentuale (senza decimali) di premio che si desidera destinare ad ogni singolo/a fondo/linea. Nel caso di adesione al servizio opzionale e aggiuntivo Programma Periodico di Investimento, inserire i fondi/linee componenti l'asset di destinazione.**

Codice	%	Codice	%	Codice	%	Codice	%	Codice	%	
_____	__	_____	__	_____	__	_____	__	_____	__	
_____	__	_____	__	_____	__	_____	__	_____	__	
_____	__	_____	__	_____	__	_____	__	_____	__	
_____	__	_____	__	_____	__	_____	__	_____	__	
_____	__	_____	__	_____	__	_____	__	_____	__	
_____	__	_____	__	_____	__	_____	__	_____	__	
_____	__	_____	__	_____	__	_____	__	_____	__	
_____	__	_____	__	_____	__	_____	__	_____	__	
_____	__	_____	__	_____	__	_____	__	_____	__	
_____	__	_____	__	_____	__	_____	__	_____	__	
minimo Euro 500 per fondo/linea									Totale	100%

SERVIZI OPZIONALI PROGRAMMA FUND MONITOR, PROGRAMMA PERIODICO DI INVESTIMENTO (ADESIONE FACOLTATIVA)

Compilare nel solo caso in cui il Contraente decida di aderire esclusivamente ad uno dei seguenti servizi opzionali:

I seguenti servizi sono alternativi tra loro e non è quindi possibile barrare più di un'opzione.

- PROGRAMMA FUND MONITOR** Il Contraente aderisce al Programma Fund Monitor indicando, per ciascuna Gamma di appartenenza, la propria scelta di attivare o meno il monitoraggio previsto dal servizio e richiedendo di fissare, per ciascuna Gamma per cui richiede l'attivazione del monitoraggio, la soglia di protezione/soglia di cliquet, come segue:

Gamma di appartenenza	Monitoraggio e relativa soglia di protezione/soglia di cliquet					
Azionari Europa	<input type="checkbox"/> non attivo	attivo con livello	<input type="checkbox"/> 10%	<input type="checkbox"/> 15%	<input type="checkbox"/> 20%	
Azionari globale	<input type="checkbox"/> non attivo	attivo con livello	<input type="checkbox"/> 10%	<input type="checkbox"/> 15%	<input type="checkbox"/> 20%	
Azionari Italia	<input type="checkbox"/> non attivo	attivo con livello	<input type="checkbox"/> 10%	<input type="checkbox"/> 15%	<input type="checkbox"/> 20%	
Azionari Nord America	<input type="checkbox"/> non attivo	attivo con livello	<input type="checkbox"/> 10%	<input type="checkbox"/> 15%	<input type="checkbox"/> 20%	
Azionari Pacifico	<input type="checkbox"/> non attivo	attivo con livello	<input type="checkbox"/> 10%	<input type="checkbox"/> 15%	<input type="checkbox"/> 20%	
Azionari specializzati	<input type="checkbox"/> non attivo	attivo con livello	<input type="checkbox"/> 10%	<input type="checkbox"/> 15%	<input type="checkbox"/> 20%	
Bilanciati	<input type="checkbox"/> non attivo	attivo con livello	<input type="checkbox"/> 10%	<input type="checkbox"/> 15%	<input type="checkbox"/> 20%	
Bilanciati-azionari	<input type="checkbox"/> non attivo	attivo con livello	<input type="checkbox"/> 10%	<input type="checkbox"/> 15%	<input type="checkbox"/> 20%	
Bilanciati-obbligazionari	<input type="checkbox"/> non attivo	attivo con livello	<input type="checkbox"/> 5%	<input type="checkbox"/> 10%	<input type="checkbox"/> 15%	
Flessibili	<input type="checkbox"/> non attivo	attivo con livello	<input type="checkbox"/> 5%	<input type="checkbox"/> 10%	<input type="checkbox"/> 15%	<input type="checkbox"/> 20%
Obbligazionari misti area euro	<input type="checkbox"/> non attivo	attivo con livello	<input type="checkbox"/> 5%	<input type="checkbox"/> 10%	<input type="checkbox"/> 15%	
Obbligazionari misti internazionali	<input type="checkbox"/> non attivo	attivo con livello	<input type="checkbox"/> 5%	<input type="checkbox"/> 10%	<input type="checkbox"/> 15%	
Obbligazionari puri euro corporate	<input type="checkbox"/> non attivo	attivo con livello	<input type="checkbox"/> 5%	<input type="checkbox"/> 10%	<input type="checkbox"/> 15%	
Obbligazionari puri euro governativi breve termine	<input type="checkbox"/> non attivo	attivo con livello	<input type="checkbox"/> 5%	<input type="checkbox"/> 10%		
Obbligazionari puri euro governativi medio-lungo termine	<input type="checkbox"/> non attivo	attivo con livello	<input type="checkbox"/> 5%	<input type="checkbox"/> 10%	<input type="checkbox"/> 15%	
Obbligazionari puri internazionali corporate	<input type="checkbox"/> non attivo	attivo con livello	<input type="checkbox"/> 5%	<input type="checkbox"/> 10%	<input type="checkbox"/> 15%	
Obbligazionari puri internazionali governativi breve termine	<input type="checkbox"/> non attivo	attivo con livello	<input type="checkbox"/> 5%	<input type="checkbox"/> 10%	<input type="checkbox"/> 15%	
Obbligazionari puri internazionali governativi medio-lungo termine	<input type="checkbox"/> non attivo	attivo con livello	<input type="checkbox"/> 5%	<input type="checkbox"/> 10%	<input type="checkbox"/> 15%	

E' necessario attivare il monitoraggio su almeno una gamma.

Il monitoraggio sarà effettuato su tutti i fondi appartenenti alla/e Gamma/e per cui ne è stata richiesta l'attivazione.

Firma del Contraente _____

Firma dell'Assicurato
(se persona diversa dal Contraente)

Firma del Promotore Finanziario/Consulente⁽²⁾ _____

(2) Firma del Promotore Finanziario/Consulente, facente fede della corretta compilazione del Modulo di sottoscrizione della proposta e dell'identificazione personale del firmatario, anche ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche ed integrazioni.

Originale per Eurovita S.p.A. • 1° copia per la Società distributrice • 2° copia per il Contraente • 3° copia per il Prom./Consulente

Mod. 07011219

Proposta di assicurazione n.º

Cognome e Nome Contraente

PROGRAMMA PERIODICO DI INVESTIMENTO

Il Contraente aderisce al *Programma Periodico di Investimento*, con le seguenti caratteristiche:

frequenza **durata** **asset di destinazione:** si rinvia alla sezione "Scelta d'investimento"

settimanale 1 mese 6 mesi 12 mesi
 mensile 6 mesi 12 mesi 24 mesi

L'adesione comporta che il premio unico iniziale sia investito alla data di decorrenza del contratto nei fondi componenti la Linea Liquidità.

SERVIZIO OPZIONALE PROGRAMMA CEDOLA PERIODICA (ADESIONE FACOLTATIVA)

Compilare nel solo caso in cui il Contraente decida di aderire al seguente servizio opzionale:

PROGRAMMA CEDOLA PERIODICA

Il Contraente aderisce al *Programma Cedola Periodica* con le seguenti caratteristiche:

periodicità **percentuale**

semestrale 1,50% 2,50% della somma dei premi netti versati
 annuale 3,00% 5,00%

L'Impresa liquiderà al Contraente la prestazione ricorrente sopra indicata nei tempi e nelle modalità previste nelle Condizioni di Assicurazione sul seguente conto corrente intestato al Contraente.

Coordinate bancarie (IBAN)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Codice Paese
CIN IBAN
CIN
Codice ABI
CAB
Numero conto corrente

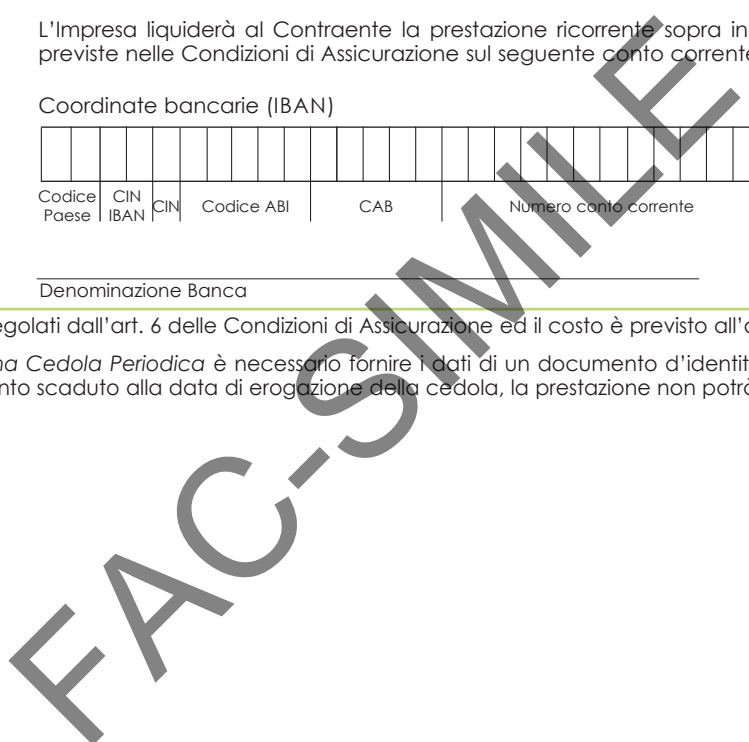
--	--	--	--

CAB (Codice Avviamento Bancario) Comune della Filiale

Denominazione Banca

I servizi aggiuntivi e opzionali sono regolati dall'art. 6 delle Condizioni di Assicurazione ed il costo è previsto all'art. 21.

⁽¹⁾ In caso di adesione al *Programma Cedola Periodica* è necessario fornire i dati di un documento d'identità (Carta d'identità o Passaporto) in corso di validità; in caso di documento scaduto alla data di erogazione della cedola, la prestazione non potrà essere liquidata dall'Impresa.



Firma del Contraente

Firma dell'Assicurato (se persona diversa dal Contraente)

Firma del Promotore Finanziario/Consulente⁽²⁾

⁽²⁾ Firma del Promotore Finanziario/Consulente, facente fede della corretta compilazione del Modulo di sottoscrizione della proposta e dell'identificazione personale del firmatario, anche ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche ed integrazioni.

Proposta di assicurazione n.°

Cognome e Nome Contraente

COPERTURA AGGIUNTIVA E OPZIONALE CASO MORTE PROGRAMMA PROTEZIONE (ADESIONE FACOLTATIVA)

Compilare nel caso in cui il Contraente decida di richiedere la seguente copertura aggiuntiva e opzionale:

- COPERTURA PROGRAMMA PROTEZIONE** Il Contraente richiede la sottoscrizione della copertura aggiuntiva e opzionale *Programma Protezione* che prevede una maggiorazione del capitale assicurato pari a un importo fisso aggiuntivo di:

Euro _____, 00 (indicare Euro 50.000 o Euro 100.000)

La copertura aggiuntiva e opzionale *Programma Protezione* è regolata dall'art. 2 delle Condizioni di Assicurazione e comporta i costi previsti all'art. 21. La copertura può essere richiesta solo per contratti con Assicurato di età inferiore ai 66 anni compiuti alla *data di entrata in vigore*. La copertura ha durata un anno dalla *data di entrata in vigore*, e si intende tacitamente rinnovata di anno in anno, sempreché alla *data di rinnovo* l'Assicurato abbia un'età inferiore ai 70 anni compiuti e la copertura assicurativa principale sia ancora in essere. Resta ferma la facoltà del Contraente di comunicare all'Impresa la propria volontà di non rinnovare la copertura che deve pervenire all'Impresa al più tardi il giorno 15 del mese antecedente la *data di rinnovo* mediante lettera raccomandata A/R o tramite l'apposito modulo disponibile presso la Società distributrice.

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

- DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE**

Ai fini della validità della presente copertura assicurativa, il sottoscritto Assicurato attesta il proprio stato di salute, e in particolare conferma:

- di avere una differenza tra la sua altezza (espressa in cm) ed il suo peso (espresso in Kg) compresa tra 80 e 120 (es. 175 - 70 = 105);
- di non essere affetto da malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato, e di non essere al momento della presente sottoscrizione sotto trattamento medico o farmacologico per più di 30 giorni consecutivi, e di non essersi sottoposto negli ultimi 12 mesi a cure e/o esami per malattie che necessitano di trattamento medico continuato, di non essere a conoscenza che tali accertamenti si rendano necessari per il prossimo futuro;
- di non essere in attesa di ricovero e non esser stato ricoverato durante gli ultimi 5 anni (salvo che per i seguenti casi: appendicite, ernie addominali o inguinali, emorroidi, tonsille, adenoidi, deviazione del setto nasale, parto, cistifellea, varici, estrazione dentale, interventi di chirurgia estetica);
- di non essere e di non essere stato affetto da una malattia acuta o cronica (*) e non presentare postumi invalidanti che riducano l'integrità fisica e psichica (infermità o invalidità).

(*) Esempi di malattie acute o croniche: infarto miocardico, angina pectoris, attacco ischemico transitorio, ictus, ipertensione arteriosa, malattie psico-neurologiche, insufficienza respiratoria, broncopneumopatia cronica ostruttiva, insufficienza renale, malattie renali o genitourinarie croniche, diabete, epatite, cirrosi epatica, sieropositività HIV, tumori, malattie del sangue, malattie croniche dell'apparato muscoloscheletrico.

Luogo e data

Firma dell'Assicurato

- L'Assicurato **DICHIARA** di non avere in vigore la copertura *Programma Protezione* su altri contratti emessi da Eurovita S.p.A.

Luogo e data

Firma dell'Assicurato

Prima della sottoscrizione della Dichiarazione di Buono Stato di Salute, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato, quale soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste possono compromettere il diritto alla prestazione.

L'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costo a carico dell'Assicurato medesimo.

TUTELA DATI PERSONALI

Il Contraente e l'Assicurato, preso atto dell'Informativa di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (Regolamento generale sulla protezione dei dati c.d. "GDPR"), consegnata unitamente alle Condizioni di Assicurazione, **acconsentono** al trattamento dei dati personali per finalità assicurative di cui al punto 1. della citata informativa, consapevoli che il diniego del consenso non consentirà all'impresa di dare esecuzione al contratto assicurativo.

Il Contraente inoltre,

- acconsente non acconsente

al trattamento dei dati personali per finalità commerciali di cui al punto 2. della citata informativa, consapevole che il relativo consenso è facoltativo e l'eventuale diniego non produrrà alcun effetto circa la fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi.

Firma del Contraente

Firma dell'Assicurato
(se persona diversa dal Contraente)

Firma del Contraente

Firma dell'Assicurato
(se persona diversa dal Contraente)

Firma del Promotore Finanziario/Consulente⁽²⁾

⁽²⁾ Firma del Promotore Finanziario/Consulente, facente fede della corretta compilazione del Modulo di sottoscrizione della proposta e dell'identificazione personale del finanziario, anche ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche ed integrazioni.

Proposta di assicurazione n.°

Cognome e Nome Contraente

DICHIARAZIONE**Il Contraente dichiara di aver ricevuto gratuitamente i seguenti documenti, componenti il set informativo:**

- il Documento contenente le informazioni chiave (KID) incluse le informazioni specifiche sulle singole opzioni di investimento, in tempo utile per poterne valutare il contenuto;
- il Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti d'investimento assicurativi (DIP Aggiuntivo IBIP);
- le Condizioni di Assicurazione, comprensive di glossario.

Firma del Contraente

DICHIARAZIONI SUPPORTO INFORMATICO

Con riferimento alla consegna gratuita del set informativo (il Documento contenente le informazioni chiave (KID) incluse le informazioni specifiche sulle singole opzioni di investimento, il Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti d'investimento assicurativi e le Condizioni di Assicurazione comprensive di glossario) il Contraente, reso edotto della possibilità di ricevere il medesimo anche su supporto duraturo non cartaceo, dichiara di essersi avvalso di tale possibilità e di aver ricevuto pertanto, prima del perfezionamento dell'operazione, **la predetta documentazione su supporto informatico duraturo non cartaceo.**

Firma del Contraente

Con riferimento alle comunicazioni successive in corso di contratto, il Contraente

- autorizza non autorizza

Eurovita S.p.A. ad **inviare in formato elettronico** le comunicazioni in corso di contratto relative ai rapporti di polizza da lui intrattenuti con l'Impresa. Tale invio potrà essere eseguito via e-mail all'indirizzo di posta elettronica da lui indicato nel presente modulo o in successive richieste di variazione e prende atto che tale modalità sarà adottata da Eurovita S.p.A. in alternativa all'invio cartaceo delle comunicazioni.

Il Contraente inoltre:

- si impegna a comunicare all'Impresa eventuali aggiornamenti o modifiche dell'indirizzo e-mail indicato sul presente modulo di proposta;
- è informato che con il presente consenso NON autorizza l'invio di materiale promozionale, pubblicitario o commerciale;
- conserva la facoltà di revocare il presente consenso in ogni momento, dandone espressa comunicazione all'indirizzo areaclienti@eurovita.it. La revoca comporterà la riattivazione automatica dell'invio in formato cartaceo.

Firma del Contraente

AVVERTENZA

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO/DECORRENZA DEL CONTRATTO

Il contratto decorre e produce gli effetti il secondo giorno lavorativo successivo al giorno di disponibilità del premio da parte dell'Impresa, sulla base dei seguenti giorni di valuta:

- Assegno circolare/bancario su piazza: 1 giorno dal ricevimento;
- Assegno bancario fuori piazza: 3 giorni dal ricevimento;
- Bonifico bancario: il giorno di ricevimento di notifica certa di avvenuto accredito o disponibilità.

DIRITTO DI REVOCA DELLA PROPOSTA E DI RECESSO DAL CONTRATTO

Ai sensi dell'art. 176 del D.Lgs. 7 settembre 2005 n. 209, il Contraente può revocare la proposta fino al momento in cui il contratto non è concluso, inviando una comunicazione tramite raccomandata A.R. ad Eurovita S.p.A., Via Fra' Riccardo Pampuri, 13 - 20141 Milano. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, Eurovita S.p.A. provvede a restituire al Contraente il premio eventualmente già pagato.

Ai sensi dell'art. 177 del D.Lgs. 7 settembre 2005 n. 209, il Contraente può recedere dal contratto entro 30 giorni dal momento in cui ha ricevuto comunicazione che il contratto è concluso. La richiesta di recesso deve pervenire ad Eurovita S.p.A. mediante raccomandata A.R. ad Eurovita S.p.A., Via Fra' Riccardo Pampuri, 13 - 20141 Milano. Dal giorno di ricevimento della comunicazione di recesso il Contraente e Eurovita S.p.A. sono liberati dalle obbligazioni derivanti dal contratto di polizza. Eurovita S.p.A., entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborsa al Contraente un valore calcolato secondo i criteri e le modalità indicate nelle Condizioni di Assicurazione.

Firma del Contraente

Firma dell'Assicurato
(se persona diversa dal Contraente)Firma del P.F./Consulente⁽²⁾Timbro e Firma
della Società distributrice

⁽²⁾ Firma del Promotore Finanziario/Consulente, facente fede della corretta compilazione del Modulo di sottoscrizione della proposta e dell'identificazione personale del firmatario, anche ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche ed integrazioni.