



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Istituto Comprensivo di Casirate D'Adda

Scuole dell'Infanzia e Primarie di Casirate D'Adda – Calvenzano – Arzago D'Adda
Scuole Secondarie di Primo Grado Casirate d'Adda-Calvenzano
Via Rimembranze, 6 - 24040 Casirate D'Adda (BG) – Tel/ 0363 879275-Fax: 0363879277
bgic83700b@istruzione.it – pec: bgic83700b@pec.istruzione.it C.F. 93024470168
www.iccasirate.gov.it

Prot. N° 2594

Casirate d'Adda, 27/09/2017

Ai Sigg. Genitori degli alunni
Della scuola Infanzia – primaria – secondaria 1° grado
Casirate – Calvenzano – Arzago

Oggetto: Proposta di adesione “ASSICURAZIONE ” – Anno Scolastico 2017/2018. - ALUNNI

La scuola da anni provvede a stipulare un'assicurazione contro gli infortuni e la responsabilità civile. A seguito di regolare procedura di gara è stata individuata la compagnia “**PLURIASS SCUOLA**” con premio pro-capite di € 5,20 a totale carico della famiglia.

L'assicurazione copre eventuali rischi e infortuni occorsi durante la presenza a scuola, tragitto casa-scuola, durante le uscite didattiche/visite di istruzione e risarcisce i danni provocati e/o subiti durante le attività.

La scheda riassuntiva delle garanzie offerte della sopraccitata compagnia di assicurazione è pubblicata sul sito dell'Istituto (www.iccasirate.gov.it).

La polizza assicurativa è disponibile presso l'ufficio della segreteria didattica 1° piano.

La quota per ciascun alunno è di € 5,20.

Il versamento dovrà essere effettuato entro il 31/10/2017 esclusivamente con le seguenti modalità:

- **In contanti** presso la B.C.C. CASSA RURALE DI TREVIGLIO – Agenzia di Casirate d'Adda **SUL CONTO DI TESORERIA 59061** (il versamento è esente da spese di commissione se effettuato presso la BCC CASSA RURALE DI TREVIGLIO Agenzia di Casirate d'Adda)
- Tramite bonifico bancario sul codice **IBAN: IT-05-T-08899-52800-00000059061** – intestato all'I.C. di Casirate d'Adda – presso la B.C.C. CASSA RURALE DI TREVIGLIO – Ag. Casirate d'Adda.

LA CAUSALE DI PAGAMENTO DOVRA' RIPORTARE OBBLIGATORIAMENTE:

COGNOME E NOME ALUNNO – ORDINE DI SCUOLA E PLESSO, CLASSE E SEZIONE – ASSICURAZIONE 17-18

Esempio esplicativo: ROSSI PAOLO – PRIMARIA CASIRATE CL.2A – ASSICURAZIONE 17-18

Il modulo di adesione all'assicurazione, riportato in calce alla presente, dovrà essere restituito in Segreteria didattica 1° piano, debitamente compilato, assieme alla copia della ricevuta dell'avvenuto pagamento il prima possibile e comunque non oltre il 31/10/2017.

Distintamente

Il Dirigente Scolastico
Ornella Perego

Tagliando da restituire

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, comma 2 del D.LGS 39/93

L'adesione comporta il successivo pagamento da effettuare entro il 31/10/2017

Il/la sottoscritt/a _____ genitore dell'alunno/a _____

Classe _____ sez. _____ plesso di _____ dichiara di aver preso visione della comunicazione
Prot. N. 2594 del 27/09/2017.

e intende: ADERIRE

NON ADERIRE

alla proposta assicurativa a.s. 2017/2018 e si impegna a versare la somma di € 5,20 entro il 31/10/2017.

Data _____ Firma _____ Padre _____ Madre _____ Tutore _____

Il sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/riciesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt.316,337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma _____