



Ministero
dell'Istruzione,
dell'Università
e della Ricerca

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "G. CARDUCCI"
di OLGINATE – GARLATE – VALGREGHENTINO**

Infanzia – Primaria – Secondaria di primo grado
Via Redaelli, 16/A – 23854 OLGINATE (LC) C.F. 83008880136 – codice univo ufficio UFEA8E
P.E.C.: lcic81900a@pec.istruzione.it **E-mail:** lcic81900a@istruzione.it
Tel: 0341/681423 – **Fax:** 0341/652233 **Sito:** icolginate.edu.it



Circ. 001 / A

Olginate, 9 ottobre 2020

A tutti i genitori degli alunni dell'Istituto

OGGETTO: Assicurazione integrativa responsabilità civile-infortuni a.s. 2020/2021

Il Consiglio di Istituto ha deliberato di contrarre una Polizza assicurativa infortuni e responsabilità civile con l'agenzia **Zurich Altamore e Fontani (Snc Firenze)** aggiudicataria con un premio annuo dovuto dagli alunni, compresi gli alunni disabili, di **euro 7.50**

L'assicurazione è nominale e copre tutte le attività scolastiche e quanto previsto nel Piano triennale dell'Offerta Formativa, comprese le uscite didattiche, il tragitto casa-scuola e viceversa. La polizza è consultabile sul sito dell'Istituto nella sezione "Modulistica genitori e alunni".

Le SS.LL. interessate sono pregate di versare l'importo di cui sopra per il perfezionamento della pratica assicurativa entro il **30 ottobre**.

Il versamento si potrà effettuare presso la Banca Popolare di Sondrio sul conto corrente bancario **IBAN: IT69G0569665590000069000X82**; intestato a: **ICS "G. Carducci"**, Causale: **Assicurazione- Cognome e nome- Infanzia o Primaria o Secondaria classePlesso di**).

Se vi sono più figli frequentanti l'Istituto **di cui occorre pagare solo l'assicurazione**, si potrà effettuare un unico pagamento specificando **causale Assicurazione A.S 20-21 Cognome e nome (1° figlio)- Infanzia o Primaria o Secondaria classePlesso di e Cognome e nome (2° figlio)- Infanzia o Primaria o Secondaria classePlesso di**).

Per i genitori che devono pagare anche il diario facciano riferimento alla circolare n. 2.

I genitori tutti sono pregati di restituire il tagliando allegato alla presente debitamente firmato **anche in caso di non adesione**.

La ricevuta del versamento o copia di esso dovrà essere consegnata al docente di riferimento di classe

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
f.to Dott.ssa Mariapia Riva

=====
Tagliando da riconsegnare al docente di classe entro il **30 ottobre**

Io sottoscritto/a, _____, genitore dell'alunno

_____ classe _____ della scuola _____ di

_____, dichiaro di aver ricevuto la comunicazione sulla assicurazione ed esprimo la mia intenzione di

o NON ADERIRE

o ADERIRE VERSANDO LA QUOTA DI SOTTOSCRIZIONE DI €7,50

Olginate, _____

(firma) _____