Al Dirigente Scolastico

dell'Istituto Comprensivo Sorrento"

Il/la sottoscritt_ _____,

nat_ a _____ il ___/___/_____,

residente in _____Via _____,

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|,

in servizio presso questa Scuola in qualità di

☐Docente di Scuola _____

☐ A.T.A. - Profilo _____

COMUNICA

di voler aderire al Programma Assicurativo Sicurezza Scuola previo versamento del premio assicurativo annuo di € 6,00.

Il sottoscritto dichiara inoltre di aver letto il" Fascicolo Informativo" contenente le Condizioni Generali di Polizza, pubblicato sul sito della Scuola.

Il sottoscritto è informato di dover effettuare il versamento di 6,00 € entro la data di scadenza indicata sull'avviso di pagamento che riceverà tramite posta elettronica.

Distinti saluti.

Sorrento, lì ……/……/……

_____

firma