



**MINISTERO dell'ISTRUZIONE, dell'UNIVERSITÀ e della RICERCA
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "T. OLIVELLI"**

Via Roma 9/11 25069 Villa Carcina (BS)

☎ 030/881023 - FAX 030/8982701 - C.F. 92008620178 - C.M. BSIC82600D

e-mail bsic82600d@istruzione.it - BSIC82600D@pec.istruzione.it

Sito Istituzionale www.icsolivelli.gov.it

Circolare n.35

Villa Carcina, 3/10/2017
Ai docenti e Personale ATA
dell'Istituto Comprensivo di Villa Carcina

ATTI

OGGETTO: Assicurazione contro gli infortuni

Come ogni anno vi chiediamo di sottoscrivere la polizza assicurativa che la scuola ha stipulato, contro gli infortuni, con il Gruppo Ambiente Scuola; essa garantisce una copertura di rischio molto ampia sia dentro la scuola che durante le uscite sul territorio e nei tragitti casa – scuola e viceversa.

La quota pro capite è di € 7.

Nell'intento di fornire maggiori dettagli è pubblicato e consultabile sul Sito d'Istituto

**IL QUADRO SINOTTICO allegato alla Polizza "Programma AmbienteScuola®
(VALIDO ANCHE PER L'A.S. 2017/2018)**

- 1. VERSAMENTO AL COORDINATORE DI PLESSO ENTRO IL 20/10/2017 , IL QUALE PROVVEDERA' A CONSEGNARE LE QUOTE RACCOLTE ALLA D.S.G.A.**
- 2. EFFETTUARE IL VERSAMENTO DIRETTAMENTE SUL C/C DELLA SCUOLA PRESSO BANCA UNICREDIT S.p.A. Indirizzo: Via G. Zanardelli, 14, 25069 Villa Carcina BS**

TRAMITE BONIFICO ON LINE. IBAN: IT 65 A 02008 55410 000104054504

(ESENTI DA BOLLO)

Scrivere come causale la seguente dicitura:

Per Quota Assicurativa: Assicurazione A.S. 2017/18– docente – ATA (Cognome e nome)

X LA DIRIGENTE SCOLASTICA REGGENTE
Mariateresa Boniotti

✂----- da ritagliare e restituire alla scuola

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ docente ATA DI _____

CLASSE _____ SEZIONE _____
DICHIARA

Di aver versato la quota di € 7.00

“Assicurazione contro gli infortuni dei docenti”

FIRMA _____