|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ***Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca******Ufficio Scolastico Regionale per la Campania*** ***ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE*** ***“Giovanni PALATUCCI”***Scuola dell’Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° Grado Via Piantito, 72 – Fraz. Quadrivio - **84022 CAMPAGNA (SA)** |  |
| Codice Fiscale: 91027330652 | E-mail: saic84100n@istruzione.it | Cod. Mecc.: SAIC84100N – CUF: UF1GUW |
| Tel/: 0828241260 - fax : 0828241250 | P.E.C.: saic84100n@pec.istruzione.it | SITO: www.istitutogiovannipalatucci.it |

AL PERSONALE DOCENTE E ATA

LORO SEDI

**Oggetto: ADESIONE FACOLTATIVA DEL PERSONALE SCOLASTICO ALLA POLIZZA INFORTUNI a.s. 2020/21**

Si comunica che il personale scolastico ha facoltà di aderire alle garanzie previste dalla polizza infortuni in essere per gli alunni.

Il costo del premio annuo totale pro-capite per ciascun operatore scolastico è pari ad € 9,50.

Le adesioni alla copertura assicurativa, con contestuale pagamento del premio pro capite , dovranno pervenire agli uffici di segreteria entro il 30/01/2021. Si ricorda che la copertura assicurativa sarà efficace dalle ore 24:00 del giorno di trasmissione dell’elenco degli aderenti in un’unica soluzione alla Compagnia Assicuratrice.

Si invitano pertanto le persone interessate a procedere tempestivamente alla comunicazione di adesione (tramite l'allegato modulo di adesione) ed al versamento di € 9,50 sul c/c IBAN IT98C0837876200000000341367 **Intestato a BCC CAMPANIA CENTRO – CASSA RURALEED ARTIGIANA SOC. COOP.** (causale assicurazione 2019/2020) e consegnare copia bollettino pagamento agli Uffici di Segreteria entro e non oltre il 30/01/2021. La consegna del bollettino consentirà l’inoltro del nominativo all’assicurazione per il rinnovo della stessa.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Il Dirigente ScolasticoProf. Pietro MANDIA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Modulo adesione

Al Dirigente Scolastico

 dell'Istituto Comprensivo Statale

"G.Palatucci" CAMPAGNA (SA)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio in qualità di docente/ATA a tempo indeterminato/determinato in servizio nella scuola dell’Infanzia/primaria/secondaria di I° grado , esprimo la mia intenzione di

**□**ADERIRE versando la quota di sottoscrizione di € 9,50

□ NON ADERIRE

alla seguente polizza infortuni per l'anno scolastico 2020/21:

* .

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_