



Ripatransone, li 10 novembre 2017

**AI SIGG. GENITORI DEGLI ALUNNI
SC INFANZIA , PRIMARIA E SEC. I° GRADO
SEDI: CUPRA MARITTIMA - MASSIGNANO
RIPATRANSONE - COSSIGNANO – MONTEFIORE DELL’ASO**

Oggetto: Assicurazione alunni - anno scolastico 2017/2018.

Si informano le SS.LL. che per il corrente anno scolastico la somma da versare è di € 7,60 per la copertura assicurativa degli alunni. Il servizio è affidato alla Compagnia Assicuratrice Milanese S.p.A.

La copertura riguarda gli infortuni che possono accadere agli alunni durante lo svolgimento delle lezioni e di tutte le attività scolastiche programmate, uscite e viaggi compresi, e durante il percorso da casa a scuola, nonché la responsabilità civile verso terzi. Il prospetto sintetico delle coperture è visionabile sul sito della scuola :- home page – (in basso a sinistra) Menu “Istituto” – Assicurazione.

Il versamento dovrà essere effettuato esclusivamente con bollettino di c/c postale al n. 13826631, intestato a ISC di Cupra Marittima/Ripatransone , con causale : assicurazione a.s. 2017/18, indicare il nominativo dell’alunno, la classe e la sede di frequenza.

La ricevuta del versamento dovrà essere riconsegnata presso l’ufficio di segreteria entro e non oltre GIOVEDI’ 16-11-2017.

I genitori che non aderiranno alla suddetta assicurazione, dovranno sottoscrivere, immancabilmente, una dichiarazione di rinuncia, che esclude gli alunni, non coperti da polizza, dalla partecipazione alle gite scolastiche, dall’attività sportiva e motoria e dall’assistenza pre e post scolastica organizzata nei vari plessi.

La copertura assicurativa è totalmente gratuita per gli alunni diversamente abili.

La presa visione , sottoscritta dal genitore, dovrà essere riconsegnata all’insegnante di classe.

Distinti saluti.

La Dirigente Scolastica
Gaia Gentili

Firmato digitalmente da
GNTGAI64P43H769L

Il/la sottoscritto/a _____

genitore dell’alunno/a _____

della classe _____ sc. infanzia / sc. primaria / sec. di 1° grado Cupra Marittima/Massignano/Ripatransone/ Cossignano/ Montefiore dell’Aso

Dichiara

di aver preso visione dell’avviso relativo versamento per l’assicurazione alunni a.s. 17/18.

Data _____

Firma _____