

Istituto Statale d'Istruzione Secondaria Superiore
TECNICA COMMERCIALE - SCIENTIFICA - PROFESSIONALE

"Caduti della Direttissima"

Uffici Amministrativi e Presidenza - Via Toscana n.21 - 40035 Castiglione dei Pepoli
(BO)

Codice Fiscale 92004610371 - Tel.0534803511

E-mail: bois009009@istruzione.it; Sito web: www.isicast.edu.it; pec: bois009009@pec.istruzione.it



Comunicato n.57

Castiglione dei Pepoli, 18/09/2026

Al Personale Docente e ATA
a tempo determinato e indeterminato

OGGETTO: Copertura Assicurativa per Infortuni, R.C., Tutela legale – A.S. 2026/2027.

Il personale interessato a aderire all'assicurazione stipulata dall'Istituto per la copertura Infortuni- Responsabilità Civile - Tutela Legale, il cui premio ammonta ad € **10.00**, è pregato di compilare il modello in allegato e consegnarlo alla DSGA (Rita Fogacci) entro e non oltre il 20/10/2026 allegando la ricevuta di versamento.

Si ricorda a tutto il personale che il versamento del contributo dovrà essere effettuato tramite il portale pago in rete come previsto dalla normativa vigente.

<https://www.istruzione.it/pagoinrete/>

Per qualsiasi chiarimento rivolgersi all'**Ufficio Amministrazione.**

Distinti saluti.

La Dirigente Scolastica

Simona Urso

Firmato digitalmente ai sensi del c.d. Codice
dell'Amministrazione digitale e norme ad esso connesse

Istituto Statale d'Istruzione Secondaria Superiore
TECNICA COMMERCIALE - SCIENTIFICA - PROFESSIONALE

"Caduti della Direttissima"

Uffici Amministrativi e Presidenza - Via Toscana n.21 - 40035 Castiglione dei Pepoli
(BO)

Codice Fiscale 92004610371 - Tel.0534803511

E-mail: bois009009@istruzione.it; Sito web: www.isicast.edu.it; pec: bois009009@pec.istruzione.it



OGGETTO: Copertura Assicurativa per Infortuni, R.C., Tutela legale.
Anno scolastico 2026/2027.

Con riferimento al comunicato n.57 del 18/09/2026 relativo alla proposta di
copertura assicurativa per:

- Infortuni- Responsabilità Civile - Tutela Legale – per l'anno scolastico 2026/2027

il cui premio ammonta ad € 10.00

il sottoscritto.....nato a.....il.....

C.F.....

in servizio presso codesto Istituto con contratto a tempo:

☐ INDETERMINATO

☐ DETERMINATO

DICHIARA

di aderire a detta assicurazione e comunica di aver versato l'importo di € 10.00 come richiesto.

Si allega ricevuta di pagamento

Firma

.....