



VIA MATARAZZO - 88046 LAMEZIA TERME (CZ) - TEL.: 0968/437119 - C.F.: 82006310799
 CZIC868008@ISTRUZIONE.IT - CZIC868008@PEC.ISTRUZIONE.IT - HTTPS://WWW.ICBORRELLOFIORENTINO.EDU.IT
 (COD. UN.: UF4OVY - NOME UFFICIO: UFF_eFATTURA PA - CODICE IPA: ISTSC_CZIC868008)

Ai genitori degli alunni

A tutto il personale scuola

Atti/sede

Sito web

Oggetto: CIRCOLARE QUOTA ASSICURAZIONE VOLONTARIA ALUNNI a.s. 2024/2025.

Si comunica ai destinatari in indirizzo che la quota **assicurativa volontaria annuale ALUNNI** per la garanzia della **tutela in caso di infortunio** e di **responsabilità civile** è pari a € 5,50. La polizza assicurativa attualmente in vigore è stipulata con la compagnia **PLURIASS S.r.l.**

Si precisa che il versamento del contributo è necessario per la copertura di eventuali spese da sostenere in caso di incidenti verificatisi **a scuola, durante il tragitto casa-scuola (in itinere)**, o nel corso di attività scolastiche, tra cui, a titolo esemplificativo: **viaggi di istruzione, lezioni di educazione fisica, rimborso spese mediche da infortunio, danni a occhiali** avvenuti a scuola o in palestra, ecc. (si veda l'allegata **scheda tecnica** per ulteriori dettagli).

L'**adesione alla polizza assicurativa** consente agli alunni aderenti di beneficiare di un'estensione del perimetro assicurativo rispetto alla sola copertura INAIL.

Si invita pertanto alla massima adesione, considerato anche l'esiguo importo richiesto (€ 5,50 a persona).

La copertura assicurativa è particolarmente consigliata per gli alunni che desiderano partecipare ai viaggi di istruzione.

ISTRUZIONI PER IL VERSAMENTO

Il versamento della quota dovrà essere effettuato **tassativamente entro e non oltre il giorno 20 ottobre 2025**, esclusivamente tramite il sistema **PagoInRete**, utilizzando:

- il **bollettino ricevuto via email** oppure tramite l'app **IO**;
- chi non avesse ricevuto il bollettino, potrà richiederlo alla **referente di plesso**, che provvederà a farlo stampare dalla segreteria.

Il pagamento dovrà riportare in modo chiaro:

- **Nome e cognome dell'alunno**,
- **Codice fiscale**,
- **Classe di appartenenza**.

L'Ufficio Contabilità provvederà all'emissione del documento necessario per il pagamento presso le ricevitorie autorizzate.

Si raccomanda il rispetto della scadenza sopra indicata, in quanto **non saranno concesse proroghe**.

Allegato:

- Quadro sinottico della polizza assicurativa

Il Dirigente Scolastico
Dott. Giuseppe Guida

(Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D.L. 39/93)