

	 Ministero dell'istruzione – Istituto Comprensivo “Ezio Crespi” – VAIC86600X Via Comerio 10 Busto Arsizio (VA) Tel. 0331/684288 Fax 0331695999 E-mail VAIC86600X@istruzione.it Sito: www.comprensivocrespi.edu.it PEC: VAIC86600x@pec.istruzione.it	
----------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

Protocollo e data (vedi segnatura)

Ai Sigg. genitori degli alunni I.C. “Crespi”
Ai docenti

Oggetto: Assicurazione infortuni a.s 2021/2022

Il Consiglio di Istituto **ha preso atto della obbligatorietà per la scuola di avere i propri studenti assicurati contro gli infortuni e sollecita i Sigg. genitori ad operare in tal senso.**

Ha inoltre deliberato di contrarre la copertura assicurativa per gli a.s. 2021/22, 2022/23 e 2023/24 con la **compagnia Benacquista Assicurazioni – CHUBB European Group SE, le cui condizioni sono reperibili sul sito dell’istituto.**

PERTANTO: I sigg. Genitori verseranno la quota individuale di **€ 7,20 come di seguito indicato: i rappresentanti dei genitori (per le classi prime della scuola secondaria, i rappresentanti delle ex classi V)** provvederanno ad effettuare entro il **26.10.2021** il versamento cumulativo per singola classe con bonifico bancario, al CREDITO VALTELLINESE p.zza Vittorio Emanuele 5 Busto Arsizio - conto di tesoreria - IBAN IT 52I0521622800000000006861 precisando nella causale del versamento **“Contributo assicurazione: Scuola ___ classe ___ sezione.”** **La ricevuta rilasciata dalla Banca dovrà essere consegnata a questo ufficio di segreteria.**

I docenti consegneranno in direzione, entro il 26.10.2021 l’elenco per classe degli alunni che hanno versato la quota assicurativa e i tagliandi di adesione.

Si ringrazia per la collaborazione e si porgono distinti saluti.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Armida Truppi

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs 82/2005
CAD (art. 45 –Valore giuridico della trasmissione), ss.mm.ii e norme collegate

TAGLIANDO DA RESTITUIRE DEBITAMENTE FIRMATO

 1 sottoscritt _____

Genitore dell’alunno _____

Frequentante la classe _____ della scuola _____ nel corrente

a.s. 2021/2021 dichiara di aderire all’assicurazione del figli e contestualmente versa la somma di
€ 7,20.

Busto Arsizio,

FIRMA
