



Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca
Istituto Comprensivo di Martinengo-Via Alleghreni n.40 - 24057 Martinengo (BG)
 Tel: 0363/9860280 - Fax: 0363/9860290-e-mail uffici: bgic859008@pec.istruzione.it
www.icmartinengo.gov.it

Prot. n.8091 /C27d
 Circ.n.13

Martinengo, 18/09/2017
 A tutti i Genitori degli alunni
 dell'Istituto Comprensivo
 di MARTINEGO e GHISALBA
 E p.c. Ai Docenti Referenti di plesso
 Agli atti

Oggetto: Coperture assicurative a.s. 2017/2018 - dal 10/10/2017 al 10/10/2018.

Per il nuovo anno scolastico l'Istituto propone la polizza assicurativa della Compagnia "UNIPOL SAI ASSICURAZIONI"- Agenzia Pluriass Srl Scuola, Via Giotto 2, 28100 Novara.
Quota assicurativa pro-capite di adesione € 7,50 da consegnare all'insegnante di classe entro il 06/10/2017.

Dettagliate informazioni relative alla polizza assicurativa: modalità - tempistica - copertura assicurativa dei rischi, saranno reperibili sul sito della scuola www.icmartinengo.gov.it e all'Albo dei plessi scolastici. Si ricorda che la documentazione del sinistro, avvenuto in ambiente scolastico o durante il percorso casa-scuola e viceversa, deve essere presentata dalla famiglia immediatamente e corredata da certificazione medica (attestante diagnosi e prognosi) rilasciata da una struttura medico ospedaliera di Pronto Soccorso, di norma entro le 24 ore dall'accadimento, o in caso di infortuni che interessino l'apparato dentario potrà essere rilasciata da altro medico o specialista (sempre di norma entro le 24 ore dall'accadimento).

Distinti saluti
 La Dirigente Scolastica
 Prof.ssa Maria Carfagno
 Documento firmato digitalmente ai sensi del c.d.Codice dell'Amministrazione Digitale e normativa connessa

Il/La sottoscritto/a _____ genitore
 (tagliando ricevuta da restituire firmato ai docenti)

dell'alunno/a _____
 frequentante la classe _____ sez. _____ della scuola _____

Dichiara di ricevere la circolare prot.n.8091/C27d del 18/09/2017 relativa alle coperture assicurative 2017/2018.

Adesione copertura assicurativa : **SI** **NO**

Data _____ Firma genitore _____



Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca
Istituto Comprensivo di Martinengo-Via Alleghreni n.40 - 24057 Martinengo (BG)
 Tel: 0363/9860280 - Fax: 0363/9860290-e-mail uffici: bgic859008@pec.istruzione.it
www.icmartinengo.gov.it

Prot. n.8091 /C27d
 Circ.n. 13

Martinengo, 18/09/2017
 A tutti i Genitori degli alunni
 dell'Istituto Comprensivo
 di MARTINEGO e GHISALBA
 E p.c. Ai Docenti Referenti di plesso
 Agli atti

Oggetto: Coperture assicurative a.s. 2017/2018 - dal 10/10/2017 al 10/10/2018.

Per il nuovo anno scolastico l'Istituto propone la polizza assicurativa della Compagnia "UNIPOL SAI ASSICURAZIONI"- Agenzia Pluriass Srl Scuola, Via Giotto 2, 28100 Novara.
Quota assicurativa pro-capite di adesione € 7,50 da consegnare all'insegnante di classe entro il 06/10/2017.

Dettagliate informazioni relative alla polizza assicurativa: modalità - tempistica - copertura assicurativa dei rischi, saranno reperibili sul sito della scuola www.icmartinengo.gov.it e all'Albo dei plessi scolastici. Si ricorda che la documentazione del sinistro, avvenuto in ambiente scolastico o durante il percorso casa-scuola e viceversa, deve essere presentata dalla famiglia immediatamente e corredata da certificazione medica (attestante diagnosi e prognosi) rilasciata da una struttura medico ospedaliera di Pronto Soccorso, di norma entro le 24 ore dall'accadimento, o in caso di infortuni che interessino l'apparato dentario potrà essere rilasciata da altro medico o specialista (sempre di norma entro le 24 ore dall'accadimento).

Distinti saluti
 La Dirigente Scolastica
 Prof.ssa Maria Carfagno
 Documento firmato digitalmente ai sensi del c.d.Codice dell'Amministrazione Digitale e normativa connessa

Il/La sottoscritto/a _____ genitore
 (tagliando ricevuta da restituire firmato ai docenti)

dell'alunno/a _____
 frequentante la classe _____ sez. _____ della scuola _____

Dichiara di ricevere la circolare prot.n.8091/C27d del 18/09/2017 relativa alle coperture assicurative 2017/2018.

Adesione copertura assicurativa : **SI** **NO**

Data _____ Firma genitore _____