



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Istituto Comprensivo "G. Segantini"

Scuola dell'infanzia, Primaria e Secondaria di I° grado
Viale Rimembranze, 17 - 22033 Asso (CO) Tel. 031 672089
C.M. COIC803003- C.F. 82002020137
coic803003@istruzione.it - coic803003@pec.istruzione.it

Circolare n. 5
Prot. vedasi segnaturo

Asso, 24 Settembre 2018

**A tutti i Docenti, al personale ATA
A tutte le famiglie degli alunni
dell'Istituto Comprensivo di Asso**

Oggetto: Assicurazione alunni e personale a.s. 2018/2019

Si comunica che il costo individuale della polizza assicurativa, Infortuni e Responsabilità civile, stipulata con la compagnia assicurativa **"BENACQUISTA ASSICURAZIONE"**.

è di € 7,50 con validità annuale.

La quota indicata sarà versata secondo le seguenti modalità :

- BOLLETTINO POSTALE , intestato ALL' I.C. G. SEGANTINI: c/c postale n°. **10186229**
- BONIFICO BANCARIO, codice **IBAN IT 11 G 05216 51270 000000003647**

Il quadro sinottico delle garanzie offerte può essere visionato sul sito dell'istituto.

Si ricorda che per l' inoltro della denuncia alla compagnia assicuratrice, **i genitori sono tenuti a presentare tempestivamente in segreteria** (e comunque entro e non oltre i cinque giorni dall'evento; in caso di infortunio durante l'ora di ed. fisica entro e non oltre i due giorni dall'evento) tutta la documentazione medica rilasciata dal Pronto Soccorso.

Qualora non sia presente una struttura medico ospedaliera di Pronto Soccorso o per infortuni all'apparato dentario, il certificato potrà essere rilasciato da altro medico o specialista, purché detta certificazione venga redatta, di norma, entro 24 ore dall'accadimento del sinistro.

Si fa presente che l'Istituzione Scolastica non è responsabile per ritardi causati dalla mancata o tardiva presentazione della documentazione medica da parte della famiglia.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Antonia Licini

Documento informatico firmato digitalmente
ai sensi del CAD e norme collegate

Il sottoscritto

.....
.....

Genitore dell'alunno/a.....

CL/SEZ.....scuola INFANZIA/PRIMARIA/SECONDARIA 1° DI.....

Versa la somma di € 7,50 quale premio assicurativo A.S. 2018/2019

Firma _____

Antonia Licini