



ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE " Alessandrini-Marino "

Codice Meccanografico: TEIS00900D - Codice Fiscale: 92039250672

url: www.iisteramo.it e-mail: teis00900d@istruzione.it pec: teis00900d@pec.istruzione.it

Via S. Marino, 12 - tel.0861-411762 fax 211110

T E R A M O

Teramo 13/12/2011

Prot. N° 11550/D I 5

Al Personale Docente d'Istituto

Al Personale ATA D'Istituto

RISPETTIVE SEDI

OGGETTO: Assicurazione Infortuni e Responsabilità Civile - Periodo 06/01/2012 – 05/01/2013.

A seguito della stipula della nuova polizza assicurativa con AMBIENTE SCUOLA di MILANO alunni e operatori scolastici – costo premio annuo procapite di € 4,00 che, coprirà le tipologie di danno in oggetto solo ed esclusivamente al personale che verserà il relativo premio.

Gli interessati dovranno presentare richiesta al Dirigente Scolastico entro e non oltre il 06/01/2012 su apposito modulo, da ritirare presso gli uffici di segreteria allegando copia ricevuta del versamento che dovrà essere effettuato presso la **Banca Popolare di Lanciano e Sulmona Agenzia di Via Po** sul seguente **codice iban IT77A0555015301000000546961** intestato all'Istituto con indicata la causale del versamento.

Si fa presente che la copertura assicurativa per gli operatori partirà solo dopo l'invio dell'elenco completo dei nominativi di coloro che hanno aderito.

Si ribadisce, pertanto, di rispettare il termine fissato per la presentazione della richiesta, pena esclusione, dalla copertura assicurativa.

Le garanzie e il Contratto verranno, appena in nostro possesso, pubblicate sul sito dell'Istituto (www.iisteramo.it).



DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Stefania Nardini

N.B.: Per i Collaboratori Ciprietti e Paterna il personale che risultasse assente dovrà essere avvertito telefonicamente.

DFG/mdl

Al Dirigente Scolastico
Istituto Istruzione Superiore
"Alessandrini – Marino"
T E R A M O

OGGETTO: Assicurazione R.C. – Infortuni – Periodo 06/01/2012 – 05/01/2013
Personale Docente ed ATA.

Il sottoscritt _____

nat a _____ il _____

in servizio presso questo Istituto in qualità di _____

C H I E D E

di aderire all'assicurazione in oggetto, come da circolare interna d'istituto Prot. n° _____ del
_____, premio procapite operatori scuola € 4,00 .

Allega copia della ricevuta di pagamento.

Teramo, _____

(firma)