



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
ISTITUTO COMPRENSIVO "TITO SPERI" CENTRO 2
VIA GALILEO GALILEI N. 46 - 25128 Brescia
Tel. 030304954 - FAX 0303700710 e-mail: BSIC88200T@ISTRUZIONE.IT
Codice Fiscale 98156940177 - Codice Ministeriale BSIC88200T

CIR. N. 07

Ai genitori degli alunni

ASSICURAZIONE INTEGRATIVA A.S. 2017/18

Si comunica che questo Istituto Comprensivo ha stipulato un contratto di assicurazione con la **Società Benacquista srl per il triennio 2016/17, 2017/18, 2018/19.**

La quota pro-capite per la sottoscrizione della polizza dal 01/09/2017 al 31/08/2018 è di € 9,40.

Sul sito dell'Istituto (<http://www.iccentro2brescia.gov.it/condizioni-general-di-polizza-assicurativa>) sono pubblicate le condizioni previste dalla polizza.

E' necessario procedere con sollecitudine alla raccolta delle adesioni dei genitori, pertanto si prega di compilare **la cedola consegnata agli alunni**, anche in caso di non adesione, e di restituirla improrogabilmente entro **lunedì 16 ottobre 2017** ai coordinatori(o docenti prevalenti) di classe

In caso di adesione alla polizza assicurativa il versamento, **deve essere effettuato dai genitori stessi**,** (e non dalla scuola) entro **il 16 ottobre 2017**, con la seguente intestazione ed estremi:

ISTITUTO BANCARIO:

Agenzia
Conto Corrente numero
Intestato a
ABI 05696
IBAN
BIC/SWIFT:

Banca Popolare di Sondrio
N. 01 Brescia Via Crocifissa di Rosa N. 59
8151X73
"IC TITO SPERI CENTRO 2"
CAB11201 CIN F
IT05F0569611201000008151X73
POSOIT22

Causale Assicurazione A.S. 2017/2018

classe plesso.....se versamento collettivo (indicando numero e nominativi alunni)
classe nome alunno..... se versamento individuale

****Per ragioni organizzative e di riscontro è opportuno che il versamento sia effettuato da un genitore per ogni classe o per plesso che avrà cura di consegnare l'elenco e la ricevuta del versamento al fiduciario di plesso.**

Modello della cedola già consegnata agli alunni

Io sottoscritto/a

genitore dell'alunno/aclasse

Dichiaro di

ADERIRE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA ☐

NON ADERIRE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA ☐

Data.....

FIRMA