**A DIRIGENTE SCOLASTICO**

**Oggetto: DICHIARAZIONE DI ADESIONE FACOLTATIVA DEL PERSONALE SCOLASTICO ALLA POLIZZA INFORTUNI A.S. 2019/2020**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in servizio presso codesto Istituto Scolastico in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a tempo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

La propria volontà di aderire alla seguente copertura assicurativa

* **COPERTURA BASE (premio pro capite 6,00 euro):** copre qualunque attività didattica regolarmente deliberata, interna e/o esterna alla scuola compreso il percorso casa/scuola e viceversa (itinere). Le garanzie operanti sono le stesse in corso di validità per gli alunni ma limitate al 50% dei massimali assicurati, fatta eccezione per il rischio in itinere che prevede massimali ridotti al 25% delle somme previste per gli alunni;
* **COPERTURA ESTESA (premio pro capite 30,00 euro):** corrisponde alle stesse garanzie degli alunni senza alcuna limitazione, compreso il tragitto casa-scuola.

**Si allega attestazione di pagamento del premio pro capite secondo la formula prescelta (base o estesa).**

Dichiaro di essere consapevole che la copertura assicurativa sarà efficace dalle ore 24:00 del giorno di trasmissione dell’elenco degli aderenti in un’unica soluzione alla Compagnia Assicuratrice.

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**N.B.: il presente modulo deve essere inoltrato ESCLUSIVAMENTE mediante SCUOLANEXT in formato PDF**