**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**Oggetto: DICHIARAZIONE DI ADESIONE FACOLTATIVA DEL PERSONALE SCOLASTICO ALLA POLIZZA INFORTUNI A.S. 2022/23.**

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

**DICHIARA**

La propria volontà di aderire alla seguente copertura assicurativa

* **COPERTURA ASSICURATIVA (infortuni e responsabilità civile) (premio pro capite 7,00 euro):** copre qualunque attività didattica regolarmente deliberata, interna e/o esterna alla scuola compreso il percorso casa/scuola e viceversa (itinere).

**Si allega attestazione di pagamento del premio pro capite.**

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**