



Ministero dell' Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Ufficio Scolastico Regionale Lazio
Ambito Territoriale Provinciale Frosinone

ISTITUTO COMPRENSIVO 3° - SORA
VIA PIEMONTE N. 20 03039 SORA (FR)

Sedi associate: FRMM851013 S. MEDIA "E. FACCHINI" -
FREE851025 S. PRIMARIA "A. LAURI" - FREE851014 S. PRIMARIA VALLERADICE
FRAA85102X S. INFANZIA "RIONE INDIPENDENZA" - FRAA85101V S. INFANZIA COMPRESA S. VINCENZO
Sito web: <http://www.istitutocomprendivo3sora.gov.it>
e-mail fric851002@istruzione.it Pec: fric851002@pec.istruzione.it tel 0776/831151-820454 fax 0776/1724760
C. Fiscale 91024370602 Codice Univco Fatturazione: UFV8PA C. Meccanografico FRIC851002

Ai genitori degli alunni dell'Istituto Comprensivo 3- SORA

COMUNICAZIONE AI GENITORI PER ADERIRE ALLA POLIZZA INTEGRATIVA.

Si ricorda che tutti gli studenti del Lazio sono assicurati con una polizza della Regione, però al fine di tutelare maggiormente sia gli alunni che il personale scolastico, anche quest'anno, valutate la tipologia e occorrenza degli infortuni scolastici, si è ritenuto necessario proporre, come di consueto, ai genitori degli alunni, l'adesione volontaria ad una polizza integrativa a quella regionale con la compagnia Assicuratrice Milanese S.P.A. al costo di € 6,00 per alunno.

Tale polizza è operante in caso di infortunio durante le attività scolastiche, extrascolastiche purché deliberate dagli OO.CC., refezione/ricreazione, educazione motoria, attività sportive deliberate dal C.d.C., viaggi/visite guidate in Italia, durante il tragitto casa-scuola e viceversa o per infortuni di piccola entità e che comportano rottura di denti, occhiali ed altri eventi che più facilmente si possono verificare in ambiente scolastico.

Le condizioni di polizza sono a disposizione dei genitori presso la segreteria dell'Istituto.

Il versamento, per la somma proposta (€ 6.00), può essere effettuato a mezzo bonifico bancario
Intestato a ISTITUTO COMPRENSIVO 3 - SORA

Coordinate bancarie: BANCA POPOLARE DEL CASSINATE

IBAN: IT 18 K 05372 74600 000010629491

indicando nella causale: **Cognome e nome dell'alunno/a**

la classe e sezione frequentata

la causale: **quota per assicurazione integrativa infortuni a.s. 2016/2017**

entro il 20/01/2017

POTRÀ ALTRESÌ ESSERE EFFETTUATO UN UNICO VERSAMENTO PER L'INTERA SEZIONE/CLASSE QUALORA I GENITORI RAPPRESENTANTI DI SEZIONE/CLASSE SI RENDANO DISPONIBILI A RACCOGLIERE LE QUOTE E A FAR PERVENIRE ALLA SEGRETERIA DELL'ISTITUTO L'ELENCO DELLE FAMIGLIE CHE HANNO VERSATO LA SOMMA PER L'ASSICURAZIONE INTEGRATIVA