



ISTITUTO COMPRENSIVO OVEST 1 – BRESCIA

Viale C. Colombo, 30 – 25127 Brescia – C.F.: 80050570177

Cod. Mecc.: BSIC885009

Tel. 030 310897 – Fax 030 3730018

e-mail: bsic885009@istruzione.it

posta certificata: bsic885009@pec.istruzione.it



Prot. N. 4048/A28

Brescia, 27 ottobre 2017

**Ai Genitori degli alunni
dell'Istituto Comprensivo
OVEST 1**

e p.c. Ai Docenti

Oggetto: assicurazione alunni anno scolastico 2017/2018.

Il Consiglio di Istituto ha deliberato di rinnovare la polizza assicurativa con la **Pluriass Scuola** per l'infortunio e la responsabilità civile per ogni alunno, con una spesa pro capite di **9,00 €**.

Ogni genitore può constatare, dall'allegato volantino, tutte le voci di copertura e relativi massimali.

Si chiede ai genitori di versare i 9,00 € ai rappresentanti di classe, entro il giorno **24 novembre 2017**, per consentire a questo Ufficio di procedere alla stipula del contratto.

Si precisa, inoltre, che la mancata adesione all'assicurazione comporta per gli alunni l'impossibilità di partecipare alle iniziative culturali, sportive, ai viaggi di istruzione organizzati dalla scuola e, in caso di infortunio, la famiglia dovrà sostenere tutte le spese.

Pertanto si chiede ai rappresentanti di classe di provvedere a **ritirare/ricevere in classe**, secondo gli accordi presi con i docenti, la somma di **€ 9,00** da parte di ciascun alunno e successivamente di versare l'importo relativo alla classe/sezione presso la **Banca Popolare di Vicenza Agenzia 2 Via Farfengo, 65**, alle seguenti coordinate bancarie: **IT78Y05728112028 38570734209**.

Si invitano i rappresentanti di classe a far pervenire in segreteria copia della ricevuta del versamento dell'assicurazione.

I rappresentanti di classe potranno definire la modalità della raccolta ed eventuali date della stessa presso i locali scolastici.

Cordialmente.

Il Dirigente Scolastico Reggente

Dott.ssa Laura Bonomini

*Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi
e per gli effetti dell'art. 3, c. 2, D. Lgs. n. 39/1993*

✂ ✂ -----

Il/la sottoscritt _____ genitore dell'alunno _____ classe _____
plesso _____ dichiara di aderire non aderire alla polizza assicurativa proposta.

_____ data

_____ Firma