



Ministero dell'Istruzione

Istituto Comprensivo Statale di Brembate di Sopra

Via Locatelli,10 – 24030 Brembate di Sopra (BG)

Tel: 035/623400 - C.F. 91031680167

<http://www.icbrembatesopra.edu.it> - e-mail: bgic89500b@istruzione.it

PEC: bgic89500b@pec.istruzione.it

C.I. n. 23

Brembate di Sopra, 05/10/2020

Ai genitori degli allievi

dell'Istituto Comprensivo di Brembate di Sopra

Oggetto: Polizza Assicurativa anno scol. 2020/21 / Diario d'Istituto

DIARIO D'ISTITUTO:

Con delibera n. 18 del 08/07/2020, il Consiglio d'Istituto ha deliberato l'adozione del diario d'Istituto, distribuito a tutti gli allievi il primo giorno di scuola, al costo pro-capite di **€ 5,00**.

ASSICURAZIONE:

A seguito di regolare gara d'appalto effettuata per il triennio 2020 – 2023, il servizio di assicurazione è stato assegnato alla società BENACQUISTA ASSICURAZIONI s.n.c. di Latina.

La polizza riguarda: infortuni, Responsabilità Civile, Assistenza e Tutela Giudiziaria.

Gli allievi sono assicurati durante le attività in classe, in palestra e in tutti gli spazi utilizzati per la realizzazione di progetti e di attività rientranti nell'offerta formativa dell'istituto (compresi visite e viaggi d'istruzione). In allegato il quadro sinottico dei massimali.

Il costo pro-capite della polizza completa ammonta a **€ 8,00**.

I genitori sono pregati di consegnare il tagliando a scuola entro **giovedì 8 ottobre 2020**.

È possibile effettuare un unico versamento delle due quote **entro sabato 17 ottobre 2020** con le seguenti modalità:

- bonifico bancario a favore dell'Istituto Comprensivo: IT26B 05216 52660 000000000350;
- versamento c/o Credito Valtellinese di Brembate di Sopra.

Causale: Cognome e nome allievo – primaria/second. – cl. ... sez. –Diario-assicurazione.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Cristina Locatelli

✂-----
(Tagliando da restituire a scuola, **anche in caso di non adesione, entro e non oltre giovedì 8 ottobre 2020**)

I SOTTOSCRITTI GENITORI DELL'ALUNNO/A _____

FREQUENTANTE LA CLASSE _____ SEZ _____ DELLA SCUOLA _____

VERSANO LA QUOTA DI € 5,00 PER IL DIARIO D'ISTITUTO

IN MERITO ALLA PROPOSTA ASSICURATIVA PER GLI ALUNNI, COMUNICANO CHE:

INTENDONO ADERIRE E VERSANO € 8,00

NON INTENDONO ADERIRE

DATA _____ FIRME _____