POLIZZA ASSICURAZIONE - ADESIONE FACOLTATIVA

Io sottoscritto/a, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

in servizio presso questo istituto in qualità di

€ docente € ATA

a tempo € indeterminato € determinato

esprime la sua intenzione di

€ NON ADERIRE € ADERIRE

alla polizza infortuni e Responsabilità Civile in essere per gli alunni, versando la quota di sottoscrizione di € 7,00.

Allega ricevuta di versamento.

Firma

Lecco, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_