



*Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca*

**ISTITUTO COMPRENSIVO BATTIPAGLIA SALVEMINI**

VIA RAVENNA, 84091 BATTIPAGLIA SA

Tel. 0828343888/616952 email SAIC8AS00N@istruzione.it

CF 91050610657 CM SAI8AS00N

**Prot.n. 4199/c14**

*Battipaglia, 07/10/2016*

*Ai Genitori degli alunni dell'Istituto Comprensivo*

*Battipaglia Salvemini*

*Ai docenti*

OGGETTO: ***Polizza assicurazione infortuni e R.C. a.s. 2016/2017.***

Il Consiglio d'Istituto, al fine di offrire un servizio più completo e puntuale alle famiglie, ha deliberato la conferma della polizza assicurativa per infortuni, responsabilità civile e danni.

Tale polizza assicura tutte le attività che gli alunni svolgono all'interno e all'esterno, visite guidate e viaggi d'istruzione compresi, per i quali è obbligatoria la copertura assicurativa.

Si raccomanda, pertanto, di aderire versando il **premio di Euro 8,00.**

**Nel caso di più figli iscritti il primo pagherà la quota di € 8,00, gli altri verseranno 6 euro.**

Il versamento deve essere effettuato presso il ns. Istituto Cassiere CASSA RURALE ED ARTIGIANA-BCC-BATTIPAGLIA MONTECORVINO ROVELLA, senza spese di commissione.

**IBAN: IT43 J 08378 76090 000000339728**

Le condizioni di polizza sono consultabili sul sito web dell'Istituto.

**Il versamento dovrà essere effettuato entro il 19/11/2016.**

Si informa che, in caso di mancata adesione alla polizza assicurativa, per eventuali danni procurati a terzi per responsabilità addebitabili al proprio figlio/a, la famiglia dovrà rispondere direttamente al danneggiato.

Si coglie l'occasione per ricordare alcune modalità operative che consentono il corretto iter nella gestione delle pratiche di infortunio:

- l'infortunio che si verifica durante le ore di lezione, **deve** essere denunciato **subito** all'insegnante oppure ai collaboratori scolastici, indicando eventuali testimoni;
- l'infortunio che si verifica nel tragitto casa-scuola in entrata, o in uscita, al mattino e al pomeriggio, **deve** essere denunciato **subito** all'insegnante oppure ai collaboratori scolastici, indicando eventuali testimoni;
- nel caso l'infortunio comportasse l'intervento del pronto soccorso ospedaliero, il "primo certificato INAIL" rilasciato dalla struttura sanitaria dovrà essere consegnato **quanto prima** in Segreteria dai genitori.

Si ringrazia per la collaborazione e si porgono cordiali saluti.

F.to La Dirigente Scolastica

Dott.ssa Anna Maria LEONE

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

BATTIPAGLIA SALVEMINI

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore  
dell'alunno/a

\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ SEZ.  
\_\_\_\_\_ ,

- ADERISCE alla polizza assicurativa alunni a.s. 2016/2017
  
- NON ADERISCE alla polizza assicurativa alunni a.s. 2016/2017 ed è consapevole che per eventuali danni procurati a terzi per responsabilità addebitabili al proprio figlio/a dovrà rispondere personalmente al danneggiato.

DICHIARA di aver preso visione della modalità per la denuncia dell'infortunio.

Data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_