

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Istituto Comprensivo "Gian Battista Puerari"

Via IV Novembre,34

26048 Sospiro CR

Telefono : **0372 623476** - Fax : **0372 623372**

Posta elettronica certificata : cric81500c@pec.istruzione.it

Posta elettronica ordinaria : cric81500c@istruzione.it

Sito Istituto : www.icsospiro.it

Codice fiscale : 93037640195

Codice univoco ufficio (CUF) : UF4SQM



Alla C.A. dei Gent.^{mi}

Docenti Referenti di plesso

Loro sedi

Oggetto : Avvio esazioni quote assicurative personale scuola anno scolastico 2017 - 2018

Partecipo l'avvio delle esazioni, **su base volontaria**, dei premi assicurativi relativi alla polizza rischi civili relativamente al personale scolastico.

Un estratto delle condizioni è pubblicato sul sito dell'Istituto.

In merito, partecipo quanto segue :

- a) il premio individuale annuo è di **8,00 €**;
- b) possono aderire all'assicurazione tutti i docenti - **ad esclusione di quelli di sostegno, dato che lo sono in automatico e gratuitamente** - ed i collaboratori scolastici, in entrambi i casi sia che siano in servizio a tempo indeterminato, sia che lo siano a tempo determinato;
- c) docenti che siano in servizio anche presso altre istituzioni scolastiche, qualora abbiano sottoscritto analoga polizza presso le stesse, **non sono** comunque coperti dalla nostra assicurazione per i sinistri che dovessero occorrere loro durante l'attività didattica svolta presso il nostro Istituto. Pertanto, qualora vogliano esserlo, devono versare alla scrivente Istituzione Scolastica il citato premio;
- d) la raccolta dei premi deve essere effettuata presso ogni plesso scolastico, annotando le generalità degli aderenti sull'unito modulo, da ritornare alla Segreteria entro e non oltre il **30 novembre 2017**, compilato in ogni sua parte - **compresa la sezione al termine della tabella** - e firmato a cura del suo Referente. Il personale che sia in servizio in più plessi effettui il versamento in uno solo, è indifferente quale. Si prega di rispettare alla lettera le citate indicazioni relative alla compilazione, evitando di ritornare, come talvolta in passato, moduli compilati in modo incompleto od erroneo;
- e) il versamento dei premi deve essere effettuato **in una sola soluzione** - a cura del Docente Referente di plesso - sul conto corrente di tesoreria unica intestato all'Istituto ed acceso presso il Banco Popolare, le cui coordinate IBAN sono le seguenti : **IT 29 N 05034 57190 000000101870**. **Si evitino nel modo più assoluto versamenti individuali o comunque frazionati**;
- f) la causale da indicare relativamente al versamento è la seguente : "Premi assicurativi 2017-2018 personale Scuola, citando l'ordine di scuola (dell'infanzia / primaria / secondaria di I grado) di (indicare il comune sede del plesso)";
- g) **non deve** essere trasmessa alla Segreteria alcuna ricevuta attestante il versamento sul conto corrente bancario.

Ringrazio per la collaborazione e rinnovo i miei più distinti saluti.

Il Direttore dei Servizi Generali ed Amministrativi

F.^{to} Landi Dott. Roberto



Firmato digitalmente da LANDI ROBERTO

Alla C.A.
del Direttore dei Servizi Generali ed Amministrativi
dell'Istituto Comprensivo Gian Battista Puerari di Sospiro
Landi Dott. Roberto
Uffici Sede Istituto

Oggetto : riepilogo nominativo personale scuola aderente alla polizza assicurativa rischi
viviili anno scolastico 2017 / 2018

Scuola dell'Infanzia di	
Scuola Primaria di	
Scuola Secondaria di I grado di	

Attenzione

I docenti di sostegno non devono versare il premio, essendo assicurati in automatico e gratuitamente

NON DEVONO QUINDI ESSERE INSERITI NELL'ELENCO

Progressivo	Qualifica professionale <small>(D = Docente / CS = Collaboratore Scolastico)</small>	Cognome	Nome
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Firmato digitalmente da LANDI ROBERTO

Progressivo	Qualifica professionale <small>(D = Docente / CS = Collaboratore Scolastico)</small>	Cognome	Nome
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			

Progressivo	Qualifica professionale <small>(D = Docente / CS = Collaboratore Scolastico)</small>	Cognome	Nome
27			
28			
29			
30			

**Compilazione obbligatoria
a cura del Docente Referente di plesso :**

N.° versanti x 8,00 € = € premio complessivamente versato

1°) non restituire l'elenco omettendo questi dati;

2°) effettuare un unico versamento di importo pari a quello sopra indicato, indicandone la corretta causale, come da circolare allegata;

3°) non allegare al presente modulo alcuna ricevuta del versamento

Sede di servizio, li ___ / ___ / 2017

Il Docente Referente di plesso

firma per esteso e leggibile

Completare la raccolta premi ed inviare alla Segreteria l'unito modulo - debitamente compilato in ogni sua parte, datato e firmato - **entro e non oltre il 30 novembre 2017.**
Non deve essere acclusa la ricevuta del versamento effettuato sul conto corrente dell'Istituto