



UNIONE EUROPEA

FONDI  
STRUTTURALI  
EUROPEI

pon  
2014-2020

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO-FESR



MIUR

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
Dipartimento per la Programmazione  
Direzione Generale per interventi in materia di edilizia  
scuolastica, per la gestione dei fondi strutturali per  
l'istruzione e per l'innovazione digitale  
Ufficio IV



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

*UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE per IL LAZIO*

**ISTITUTO COMPRENSIVO 2^CASSINO**

Via XX Settembre, 22- 03043 CASSINO (FR) – C.M. FRIC85400D

Tel. 0776/21841 Fax 0776/325373 C.F. 90032280605 – sito web: [www.iccassino2.gov.it](http://www.iccassino2.gov.it) fric85400d@istruzione.it

- ✉ posta certificata [fric85400d@pec.istruzione.it](mailto:fric85400d@pec.istruzione.it)

VEDI SEGNAURA

Cassino, 17/12/19

Ai genitori degli alunni  
Del 2 ^ Istituto Comprensivo Cassino  
Al personale docente e ATA  
E p. c al D.S.G.A  
LORO SEDI  
ATTI

### COMUNICAZIONE N. 93

**Oggetto: Contributo Volontario per Assicurazione Infortuni e R.C.T. e a.s. 2019/2020- decorrenza ore 24 del 24/11/2019 scadenza ore 24 del 24/11/2020.-**

Anche per il corrente anno scolastico si offre agli alunni e a tutto il personale della scuola, la possibilità di sottoscrivere una polizza infortuni e e R.C.T. (responsabilità civile verso terzi) versando la quota di € 6.00 entro il 08/01/2020

**Sul Conto corrente Postale**

**Codice iban IT 79 P 076 0114 8000 0101 6604 843**

**Oppure**

**Mediante bollettino postale n.1016604843**

**intestato a Istituto Comprensivo 2 Cassino**, con causale : *(Versamento Assicurazione Volontaria anno scolastico 2019/20-Nome, cognome e classe dell'alunno).*

Si rende noto che per poter avvalersi della polizza, si dovrà dimostrare di aver provveduto al pagamento del premio; i versamenti effettuati nell'a.s. 2019/2020 sono validi fino alle ore 24,00 del 24/11/2020.

**Per facilitare il compito, sarà possibile, se i genitori lo vorranno, procedere a versamenti cumulativi di classe effettuati da uno dei genitori o dal rappresentante di classe.**

**Non sono tenuti al versamento del premio i docenti di sostegno e gli alunni diversamente abili.**

L'assicurazione è prestata per tutte le attività scolastiche e parascolastiche, comprese le gite e le uscite didattiche, ovunque e in qualunque momento svolte purché autorizzate dagli Organi Scolastici competenti, con estensione al rischio in itinere (percorso da casa a scuola) con qualsiasi mezzo di trasporto, nei limiti di tempo di un'ora prima e un'ora dopo l'orario delle lezioni. Tutti gli interessati potranno consultare la documentazione in segreteria; le condizioni previste dalla polizza sono comunque sinteticamente riportate nella tavola sinottica allegata alla presente circolare.

Si fa presente comunque che la Regione Lazio ha stipulato una polizza assicurativa a favore degli alunni con la **AIG EUROPE LIMITED** ma solo per gli Infortuni ed alle condizioni che è possibile consultare alla pagina seguente:

[http://www.regione.lazio.it/rl\\_istruzione\\_giovani](http://www.regione.lazio.it/rl_istruzione_giovani).

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
**Prof.ssa Antonella Falso**

Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ai sensi dell'art. 3 c. 2 del D.lgs. n. 39/1993

Firma autografa omessa ai sensi dell'art.3 del D.lgs.vo n. 39/1993

---

(da restituire compilato)

**AL Dirigente**  
**Del 2° Istituto Comprensivo**  
**di CASSINO**

ALUNNO \_\_\_\_\_ cl./sez. \_\_\_\_\_ plesso di " \_\_\_\_\_".

DOCENTE \_\_\_\_\_ cl./sez. \_\_\_\_\_ plesso di " \_\_\_\_\_".

ATA \_\_\_\_\_ plesso di " \_\_\_\_\_".

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ DOCENTE/ATA /GENITORE  
dell'indicato/a alunno/a, informato/a circa l'opportunità di assicurare il /la proprio/a figlio/a  
con la compagnia di Assicurazione BENACQUISTA previa corresponsione della somma  
di € 6,00 (SEI/00) dichiara di ADERIRE/NON ADERIRE (cancellare la voce che non interessa).

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_