



ISTITUTO COMPRENSIVO “Raffaello Sanzio”

Viale Piemonte, 19 PORTO POTENZA - 62018 POTENZA PICENA (MC)

Tel. 0733/688197 - Fax 0733/881419 * C.F. 82001830437 * Cod.Mecc. MCIC813001

sito web <http://www.icrsanzio.gov.it> e-mail: mcic813001@istruzione.it

Posta certificata: mcic813001@pec.istruzione.it

Prot.n. 4499

Porto Potenza Picena 10 ottobre 2020

Ai genitori di tutti gli alunni I.C “Sanzio”

Al personale scolastico

OGGETTO: ADESIONE ASSICURAZIONE AN.SC. 2020/21

Tutti gli alunni di questo Istituto sono tenuti ad aderire alla polizza assicurativa contro gli Infortuni, stipulata con “Ambiente Scuola” di Milano. La polizza assicurativa, di cui si chiede il contributo, copre la RCT ed eventuali infortuni riportati dagli alunni durante le attività scolastiche. In modo particolare si sottolinea l’obbligatorietà dell’assicurazione in occasione di uscite didattiche e viaggi di istruzione (c.m. 291 del 14 ottobre 1992). Il premio pro-capite richiesto per il corrente anno scolastico ammonta a € 5,00.

Si rende noto, che ai sensi della Circ. Num.13/E del 31 maggio 2016, ai fini della detrazione fiscale sarà necessario, al momento del versamento dello stesso presso gli sportelli bancari, indicare nella causale “assicurazione scolastica, cognome e nome dell’alunno, la classe e il plesso di appartenenza”.

La ricevuta dell’avvenuto versamento rilasciata dalla banca deve essere consegnata ai docenti di classe.

BANCA DI APPOGGIO	UBI<>BANCA-UNIONE BANCHE ITALIANE S.P.A.
	FIL. VIA LIVORNO,14-FR. PORTO POTENZA PICENA
	62018-PORTO POTENZA PICENA(MC)

MODALITÀ DI VERSAMENTO

Il contributo deve essere versato entro e non oltre lunedì 26 ottobre 2020.

L’assicurazione obbligatoria deve essere corrisposta sul conto corrente bancario

IBAN	IT62X0311169121000000008036
------	-----------------------------

Intestato a:

Istituto Comprensivo Raffaello Sanzio
viale Piemonte
62018 Potenza Picena

La causale deve indicare la dicitura

“Assicurazione (*nome cognome e nome dell'alunno, indicazione del plesso e classe frequentata*)”.

Cordiali Saluti

Dott.ssa Nicoletta Ambrosio

Firma autografa sostituita da indicazioni a mezzo stampa ai sensi dell’art. 3, comma 2, D.Lgs. 39/93

✂ · -----

Il sottoscritto _____ Genitore dell'alunno _____

frequentante la classe _____ dell'Istituto Comprensivo Raffaello Sanzio - Plesso _____

dichiara di aver preso visione della comunicazione relativa all'assicurazione obbligatoria e al contributo volontario.

Data, li _____ (Firma del genitore) _____