

ISTITUTO STATALE DI ISTRUZIONE SUPERIORE**"Attilio Romanò"****Istituto Professionale:** Servizi sociosanitari – Odontotecnico
Manutenzione ed assistenza tecnica – Abbigliamento e moda**Istituto Tecnico:** Sistemi moda**Serale:** Professionale Manutenzione ed assistenza tecnica - Odontotecnici

Via Miano, 290 – 80145 NAPOLI (NA)

Tel. 081.5431819 Fax. 081.5438626 – Email nais12900n@istruzione.it Pec nais12900n@pec.istruzione.it

C.F. 95215900630 – Cod.Mecc. NAIS12900N

Prot. n° I.S.I.S. "ATTILIO ROMANO"- NAPOLI
Prot. 0008792 del 05/10/2019
(Uscita)

Napoli, 05.10.2019

A TUTTO IL PERSONALE DOCENTE e ATA
DELL'ISTITUTO "ATTILIO ROMANO"**Oggetto: ADESIONE FACOLTATIVA DEL PERSONALE SCOLASTICO ALLA POLIZZA INFORTUNI
DEGLI ALUNNI A.S. 2019-2020**

Si comunica che l'Istituto ha deliberato di contrarre una polizza assicurativa infortuni e responsabilità civile anche per l'a.s. 2019/20. A tal fine è stata esperita una regolare procedura di gara che ha visto vincitrice la compagnia CHUBB EUROPEAN GROUP LTD (Benacquista Assicurazione). Il personale scolastico ha facoltà di aderire alle garanzie previste dalla polizza infortuni in essere per gli alunni. Le condizioni di polizza della società CHUBB EUROPEAN GROUP LTD offrono al personale che intende esercitare questa facoltà garanzie analoghe a quelle previste per gli alunni alle identiche condizioni economiche (9,00 euro pro-capite).

Le adesioni alla copertura assicurativa dovranno essere comunicate all'Ufficio Tecnico entro il termine di 7 gg. dalla data odierna; entro tale data dovrà essere inoltre effettuato il pagamento del premio pro-capite effettuando il versamento dell'importo di € 9,00 (Nove/00) sul Conto Corrente postale intestato all'Istituto consegnando la ricevuta di versamento all'Ufficio Tecnico. Si ricorda che la copertura assicurativa sarà efficace dalle h. 24,00 del giorno di trasmissione alla compagnia assicuratrice dell'elenco degli aderenti. Si invitano pertanto le persone interessate a procedere tempestivamente alla comunicazione di adesione ed al versamento del relativo premio.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Anna De Paola*Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, comma 2 del D. L.vo n° 39/93*

Io sottoscritto/a, _____, docente/ATA a tempo indeterminato/determinato in servizio presso l'ISIS "Attilio Romanò", esprimo la mia intenzione di NON ADERIRE e/o ADERIRE VERSANDO LA QUOTA DI SOTTOSCRIZIONE DI €9,00 di cui si allega copia dell'avvenuto pagamento.-

Napoli, _____

FIRMA

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

FIRMA