



**Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
Istituto Comprensivo Como Rebbio**

Via Cuzzi, 6 - 22100 Como  
Tel. 031591280 - 031507349 - Fax. 0315004334  
Codice Meccanografico: COIC84300D - C.F. 80012520138  
Email uffici: [coic84300d@istruzione.it](mailto:coic84300d@istruzione.it) - Pec: [coic84300d@pec.istruzione.it](mailto:coic84300d@pec.istruzione.it)  
sito: [www.iccomorebbio.gov.it](http://www.iccomorebbio.gov.it)

Avviso alle famiglie n. 09 - 2016/17  
AA/SR

Como, 10/10/2016

Ai Genitori degli alunni

- Scuola dell'Infanzia di via Palma
- Scuola dell'Infanzia di via Varesina

Oggetto: Rinnovo assicurazione integrativa anno scolastico 2016/2017 per gli alunni dell'Istituto Comprensivo.

Il Consiglio di Istituto ha deliberato di invitare i genitori degli alunni a rinnovare la polizza integrativa per la copertura di rischi d'infortunio e responsabilità civile durante tutte le attività attuate dalla scuola, anche in orario extrascolastico, e nel tragitto casa-scuola.

Si precisa che l'assicurazione è condizione obbligatoria per l'autorizzazione di uscite, visite guidate, gite scolastiche.

Il Consiglio di Istituto ha inoltre deliberato che la quota da versare è di € 15,00 tale importo è costituito da:

- una quota, pari ad € 5,00, relativa alla copertura assicurativa;
- una quota, pari ad € 10,00, destinata all'ampliamento dell'offerta formativa (progetti, acquisto di materiale didattico di facile consumo ed acquisto di beni e materiale per l'organizzazione scolastica). Tale quota sarà ridotta a € 5,00 per chi ha più figli iscritti nelle scuole dell'Istituto (riduzione dal secondo figlio).

Es.:

n. 1 figlio €15.00	n. 2 figli € 25 (15+10)	n. 3 figli € 35.00 (15+10+ 10)
--------------------	-------------------------	--------------------------------

Entro l'11/11/2016 ogni famiglia dovrà provvedere personalmente al versamento tramite:

- Conto Corrente della Scuola: **IBAN: IT95Y0542810901000000002239**
- Posta con versamento sul Conto Corrente n. **10095222**

oppure in

specificando nella causale: *Plesso Scolastico/ Nome e Cognome/Classe/Sezione.*

La ricevuta dovrà essere consegnata alle insegnanti.

Confidando nel positivo accoglimento della presente, colgo l'occasione per porgere cordiali saluti.



LA DIRIGENTE SCOLASTICA  
Prof.ssa Daniela De Fazio

Segreteria1\Desktop\A. S. 2016\_17\AVVISI\FAMIGLIE\Avviso alle famiglie n. 9-Assicuraz: Infanzia Via Palma e Varesina



Il sottoscritto \_\_\_\_\_ genitore dell'alunno \_\_\_\_\_

Frequentante la scuola dell'Infanzia di Via \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_

Si dichiara disponibile a pagare il contributo per l'ampliamento dell'offerta formativa e l'assicurazione per un totale di euro 15.00.

Si dichiara disponibile a pagare l'assicurazione per un totale di € 5.00

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_