

COPERTURA ASSICURATIVA A.S. 2019/2020

ADESIONE VOLONTARIA ALUNNI

Ai genitori degli alunni

Loro sedi

Il/La sottoscritto/a _____
in qualità di genitore dell'alunna/o _____
frequentante la classe _____ sez _____ del plesso di _____
dell'Istituto Comprensivo "Vincenzo Laurenza".

DICHIARA

di aderire volontariamente alla copertura assicurativa versando la quota di € 5,50 sul conto corrente postale n° 1030769895 intestato a "Istituto Comprensivo Statale 'V. Laurenza" di Teano (CE) per l'alunna/o sopra indicato.

Teano, _____

Firma
