



**MINISTERO DELL' ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO**

**ISTITUTO MAGISTRALE STATALE "VITTORIO GASSMAN"**  
**INDIRIZZI DI STUDIO: LICEO PSICOPEDAGOGICO\*LICEO SCIENTIFICO-TECNOLOGICO\***  
**LICEO LINGUISTICO\*LICEO SCIENZE SOCIALI**

Via Pietro Maffi, 57 00168 Roma ☎06/35506056-35507318 fax 06/35059406

Succursale: Via Prelà s.n.c. 00166 Roma ☎ e fax 06 61522719

Succursale: Via Torrevecchia, 683 00168 Roma ☎ e fax 06 3052124

Codice Mecc. RMPM160003 - C.F. 97197380583

e-mail: [rmpm160003@istruzione.it](mailto:rmpm160003@istruzione.it) - PEC: [rmpm160003@pec.istruzione.it](mailto:rmpm160003@pec.istruzione.it)

Prot. e data (vedi segnatura elettronica)

AL PERSONALE DOCENTE  
AL PERSONALE ATA

Oggetto: Adesione facoltativa del personale scolastico alla polizza infortuni a.s.  
2017/2018.

Si informa il personale Docente e il personale ATA che l'Istituto Magistrale "V. Gassman ha stipulato per gli allievi una assicurazione scolastica alla quale può aderire anche il personale della Scuola.

La polizza è stata stipulata con AMBIENTE SCUOLA che prevede per gli operatori della Scuola un premio annuo individuale di € 5,00

Chi fosse interessato ad aderire deve compilare l'allegato modello, corredato dalla ricevuta di versamento del premio, e consegnato all' Assistente Amministrativo Gioia Santarelli entro e non oltre il giorno 19/01/2018.



COMUNICAZIONE ADESIONE VOLONTARIA POLIZZA ASSICURATIVA A.S.  
2017/2018

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, in servizio presso codesto Istituto,  
in qualità di:

D.S.G.A.       Docente       Assist. Amm.vo       Collab. scol.co

con contratto a tempo:      1) determinato      2) indeterminato

DICHIARA

di aderire volontariamente per l'a.s. 2017/2018, alla polizza assicurativa per gli infortuni e la responsabilità civile, stipulata con la compagnia assicuratrice AMBIENTE SCUOLA.

Si allega bollettino postale attestante il versamento della quota assicurativa di € 5,00 intestato a Istituto Magistrale Statale "V. Gassman" causale: Nome\_Cognome\_polizza assicurativa volontaria a.s.17-18 (c/c postale n. C/C 24996027 oppure IBAN IT50X0760103200000024996027).

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_