



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 - Pec: coic84300d@pec.istruzione.it
sito: www.istitutocomprensivocomorebbio.it

Avviso alle famiglie n. 6 - 2015/16
AA/SR

Como, 20/10/2015

Ai Genitori degli alunni

- Scuola Primaria di Via Cuzzi
- Scuola Primaria di Via Giussani
- Scuola Sec. "Fogazzaro"

Oggetto: Contributo volontario: Rinnovo assicurazione integrativa anno scolastico 2015/2016
Adozione Diario scolastico personale Comunicazioni Scuola Famiglia

Il Consiglio di Istituto ha deliberato, di invitare i genitori degli alunni a rinnovare la polizza integrativa per la copertura di rischi d'infornio 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 € 20,00 tale importo è costituito da:

- una quota, pari ad € 8,00, relativa alla copertura assicurativa e all'acquisto del diario;
- una quota, pari a € 12,00, 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 €6,00 per chi ha più figli iscritti nelle scuole dell'Istituto (riduzione dal secondo figlio).

Si chiede pertanto di voler restituire il tagliando compilato con la relativa quota per un totale di Euro 20.00 direttamente alla coordinatrice di classe entro il 30 ottobre 2015, così da permettere ai rappresentanti di classe di fare un unico versamento.

Dopo tale data ogni famiglia dovrà provvedere personalmente al versamento tramite:

- Conto Corrente della Scuola: **IBAN: IT95Y0542810901000000002239**

oppure in

- Posta con versamento sul Conto Corrente n. **10095222**

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

E far pervenire alla scuola la ricevuta di pagamento.

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

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Prof.ssa Daniela De Fazio

Daniela De Fazio

Il sottoscritto _____ genitore dell'alunno _____

Frequentante la scuola:

Primaria di Via _____ classe _____ sez. _____
 Secondaria di 1° grado "Fogazzaro"

Si dichiara disponibile a sottoscrivere l'assicurazione proposta dal Consiglio di Istituto più un contributo per l'ampliamento dell'offerta a favore di Istituti Scolastici per un totale di euro 20.00.

Si dichiara disponibile a sottoscrivere l'assicurazione proposta dal Consiglio di Istituto più un contributo per l'ampliamento dell'offerta a favore di Istituti Scolastici per un totale di euro 14,00 avendo più figli iscritti nell'Istituto.

Data _____

Firma _____



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 - Pec: coic84300d@pec.istruzione.it
sito: www.istitutocomprensivocomorebbio.it

Avviso alle famiglie n. 6 - 2015/16
AA/SR

Como, 20/10/2015

Ai Genitori degli alunni

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

Oggetto: Rinnovo assicurazione integrativa anno scolastico 2015/2016 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 **Euro 15,00** tale importo è costituito da:

- una quota, pari ad € 5,30, 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).

Si chiede pertanto di voler restituire il tagliando compilato con la relativa quota per **un totale di Euro 15,00** direttamente all'insegnante di sezione **entro il 30 ottobre 2015**, così da permettere ai rappresentanti di classe di fare un unico versamento.

Dopo tale data 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.*

E far pervenire alla scuola la ricevuta di pagamento.

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

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Prof.ssa Daniela De Fazio

Il sottoscritto _____ genitore dell'alunno _____

Frequentante la scuola dell'Infanzia di Via _____ sezione _____

- Si dichiara disponibile a sottoscrivere l'assicurazione proposta dal Consiglio di Istituto più un contributo per l'ampliamento dell'offerta a favore di Istituti Scolastici **per un totale di euro 15,00.**
- Si dichiara disponibile a sottoscrivere l'assicurazione proposta dal Consiglio di Istituto più un contributo per l'ampliamento dell'offerta a favore di Istituti Scolastici **per un totale di euro 10,00** avendo più iscritti nell'Istituto.

Data _____

Firma _____