(Modello adesione assicurazione)

 Al Dirigente Scolastico

 IISS MONS. A. BELLO

 MOLFETTA

 Bais041006@istruzione.it

Oggetto: ADESIONE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA RISCHIO INFORTUNI A.S. 2024/25

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di docente/personale ATA (barrare la voce che non interessa)

dichiara

di voler aderire alla copertura assicurativa per il rischio infortuni per l’anno scolastico 2024/2025.

Molfetta, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 In fede

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (firma)