



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "DON MILANI-SALA"

Via Della Stazione, 93- 88100 - Catanzaro - Tel. e Fax 0961/753118 C.M. CZIC856002 – C.F. 97061290793
czic856002@istruzione.it - czic856002@pec.istruzione.it web: www.icdonmilanicz.gov.it

OGGETTO: Dichiarazione personale sostitutiva (autocertificazione) (in carta libera non soggetta ad autenticazione della firma) di adesione irrevocabile o di non adesione all'assicurazione infortuni e R.C. (Responsabilità civile) dei propri figli per l'ANNO SCOLASTICO 2018/2019

_____, sottoscritt _____
COGNOME E NOME DEL GENITORE

nat_ a _____, residente in _____
LUOGO E DATA DI NASCITA DEL GENITORE

_____ Via _____ n. _____ tel. _____ - _____

genitore dell'alunn _____
COGNOME E NOME DELL'ALUNNO

nat_ a _____ il _____
(LUOGO E DATA DI NASCITA DELL'ALUNNO)

della SCUOLA _____ classe/sez. _____ plesso/edificio _____

al fine di documentare la pratica di cui all'oggetto, essendo ammesse dalle norme sotto indicate le dichiarazioni sostitutive effettuate con il presente atto, sotto la propria personale responsabilità, a conoscenza delle sanzioni previste dal Codice penale e dalle leggi speciali in materia, in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art. 20 della Legge 4 gennaio 1968 n. 15, come modificata, ed integrata dalla Legge 15 maggio 1997 n° 127, effettua la seguente

DICHIARAZIONE

(apporre una X sulla dichiarazione che interessa)

☐ che intende effettuare, come con la presente effettua, **L'ADESIONE VOLONTARIA IRREVOCABILE** del figlio/a sopraindicato all'assicurazione di cui all'oggetto, con polizza da contrarre da parte di codesta Istituzione Scolastica, in nome e per conto degli aderenti, **accettando** incondizionatamente il REGOLAMENTO delle prestazioni assicurative previste dalla convenzione e tutte le altre condizioni stabilite dalla polizza medesima o quelle che dovessero essere stabilite in altra polizza che sarà stipulata e, sempre con la presente, impegnandosi a **VERSARE SUL CONTO CORRENTE POSTALE N. 001035702073** dell'Istituzione Scolastica in indirizzo, **il premio unitario pro-capite non restituibile** stabilito in **EURO 5,00** per l'anno scolastico 2018/2019, nei modi e nei termini prescritti (ossia dopo che si stata completata la raccolta delle adesioni e delle non adesioni) l'Istituto provvederà poi a versare i premi raccolti ed a stipulare il contratto assicurativo.

☐ di **NON VOLER EFFETTUARE L'ADESIONE VOLONTARIA** del figlio/a sopraindicato/a all'assicurazione di cui all'oggetto e di **essere consapevole** che tale mancata adesione comporterà l'inesistenza della relativa copertura assicurativa, per cui nessuna richiesta di indennizzo può essere prodotta, nei casi previsti, alla Società assicuratrice Contraente per il tramite dell'Istituzione Scolastica in indirizzo, ed inoltre di **essere consapevole** che, nei casi previsti dalla legge in cui la **RESPONSABILITA' CIVILE** viene posta in capo al genitore (o comunque all'esercente la patria potestà) la predetta mancata adesione volontaria comporta da parte del sottoscritt _____ la diretta **assunzione delle responsabilità stesse**.

Si rammenta che il pagamento della quota assicurativa è vincolante per consentire la partecipazione alle attività programmate dalla scuola (viaggi di istruzione, uscite didattiche, attività progettuali inserite nel PTOF,....)

Data _____

Firma del GENITORE _____

N.B. La dichiarazione con allegata la ricevuta o l'attestazione del pagamento, dovrà essere restituita al responsabile di plesso entro il 20/11/2018