

Al Dirigente Scolastico
ISS F.DAVERIO-N.CASULA

IL/LA SOTTOSCRITTA _____ nata/o il _____

Cod. Fiscale _____ residente in _____

Via _____ IN QUALITA' DI _____

IN SERVIZIO PRESSO QUESTO ISTITUTO PER L'A.S. 2018 CON LA PRESENTE

☐ INTENDE ADERIRE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO CON N. POLIZZA **IW/2017/01691**

ANNO 2018 VERSANDO LA SOMMA DI € 6,50.

☐ NON INTENDE ADERIRE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Allega alla presente la ricevuta di versamento.

Varese, _____

FIRMA
