DICHIARAZIONE ESTENSIONE ASSICURAZIONE INFORTUNI PERSONALE SCUOLA

Il/La sottoscritt\_\_ nato/a a il , in servizio nell’a.s. 2023/24 presso codesto Istituto in qualità di:

* Docente
* ATA

Dichiara di aderire alla copertura assicurativa, presentata nella Circolare n.

del , con la seguente scelta:

□ BASE € 10,00

Porto Torres,\_\_ firma per esteso\_\_\_