



## **ISTITUTO COMPRENSIVO DI PREMARIACCO**

SCUOLA INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA DI 1° GRADO  
- COMUNI DI MOIMACCO, PREMARIACCO E REMANZACCO -

33040 PREMARIACCO Via Mercato Vecchio 17 Fr. Orsaria Tel. 0432 729023 Fax 0432 729040 c.f. 94071000304

PEC [udic83100q@pec.istruzione.it](mailto:udic83100q@pec.istruzione.it)

e-mail : [udic83100q@istruzione.it](mailto:udic83100q@istruzione.it)

- [icpremariacco@libero.it](mailto:icpremariacco@libero.it)

[www.icpremariacco.gov.it](http://www.icpremariacco.gov.it)

C. MECC. UDIC83100Q

### **MODALITA' DI PAGAMENTO PER I GENITORI**

Ciascun genitore dovrà consegnare il modello di adesione, compilato e firmato, insieme alla ricevuta di pagamento, al docente coordinatore di classe/sezione.

E' consentito e auspicabile il versamento cumulativo delle quote per classe.

Il versamento dovrà essere effettuato presso lo sportello della Banca Monte dei Paschi di Siena S.p.a. filiale di Cividale del Friuli o a mezzo bonifico bancario - intestato all'Istituto Comprensivo di PREMARIACCO - utilizzando le seguenti coordinate bancarie:

**coordinate IBAN : IT 63 C 01030 63740 000001233939**

### **SPECIFICANDO SCUOLA, CLASSE, SEZIONE E CAUSALE (VERSAMENTO QUOTE ASSICURAZIONE INTEGRATIVA A.S. 2017/2018)**

I docenti coordinatori di classe/sezione compileranno l'elenco riepilogativo fornito dalla segreteria e provvederanno a consegnare in segreteria:

- Elenco
- Modelli di adesione compilati e firmati dai genitori
- Ricevute di pagamento

✂-----

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DI PREMARIACCO**

**OGGETTO: ASSICURAZIONE SCOLASTICA INTEGRATIVA A.S. 2017/2018**

Il/La sottoscritto/a ..... padre/madre

dell' alunno/a .....

frequentante la classe – sezione.....

della Scuola.....

BARRARE CON UNA X LA CASELLA PRESCELTA:

ADERISCE

NON ADERISCE

**ALLA POLIZZA SCOLASTICA INTEGRATIVA**

\_\_\_\_\_ ( data )

\_\_\_\_\_ ( firma )

DA CONSEGNARE AL DOCENTE COORDINATORE DI CLASSE/SEZIONE