# Al Dirigente Scolastico dell’ Istituto Comprensivo Statale al indirizzo Musicale

# di Casteldaccia (PA)

…l … sottoscritt…………………………………………………… nato il ,

a ………………………………………… residente in ……………………………………………

via n.c in servizio presso questo Istituto

Comprensivo in qualità di …………………………………………..

# DICHIARA DI ADERIRE

alla polizza assicurativa Infortuni, Responsabilità Civile, Assistenza e Tutela Giudiziaria per

l’a. s. 2024/25.

Si allega ricevuta dell’avviso di pagamento pagoPA

# Casteldaccia, …………………..

**In Fede**

**…………………………………..**