**COPERTURA ASSICURATIVA A.S. 2024/2025**

ADESIONE VOLONTARIA: ❑ COPERTURA BASE ❑ COPERTURA ESTESA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di

❑ PERSONALE DOCENTE ❑ PERSONALE ATA

D I C H I A R A

di aderire volontariamente alla copertura assicurativa versando la quota di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Mignano M. L., \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**COPERTURA ASSICURATIVA A.S. 2024/2025**

ADESIONE VOLONTARIA: ❑ COPERTURA BASE ❑ COPERTURA ESTESA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di

❑ PERSONALE DOCENTE ❑ PERSONALE ATA

D I C H I A R A

di aderire volontariamente alla copertura assicurativa versando la quota di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Mignano M. L., \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**COPERTURA ASSICURATIVA A.S. 2024/2025**

ADESIONE VOLONTARIA: ❑ COPERTURA BASE ❑ COPERTURA ESTESA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di

❑ PERSONALE DOCENTE ❑ PERSONALE ATA

D I C H I A R A

di aderire volontariamente alla copertura assicurativa versando la quota di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Mignano M. L., \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_