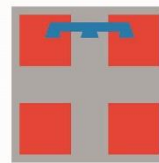




ISTITUTO COMPRENSIVO di VALDILANA-PETTINENGO



Tel: 015706070

Via Scuole 8, 13835 - VALDILANA (BI)

Codice Fiscale: 90074210023

E-mail: biic81900e@istruzione.it

PEC: biic81900e@pec.istruzione.it

www.icvallemossopettinengo.edu.it

www.icrivero.edu.it

Prot. n.1705

Valdilana, 25/10/2021

Ai genitori degli alunni
I.C. Valdilana - Pettinengo

OGGETTO: Assicurazione alunni a.s. 2021/2022

Si informano i genitori che è necessario rinnovare l'assicurazione annuale contro gli infortuni della Pluriass Assicurazioni.

La quota è di € 8,00 (euro otto/00) da **versare esclusivamente** utilizzando metodo di pagamento telematico **"Pago in Rete" entro l'08/11/2021.**

L'avviso di pagamento è scaricabile dall'area riservata sul sito MIUR – Pago in Rete accedendo con SPID o Carta d'identità elettronica.

Sul sito <https://www.istruzione.it/pagoinrete/> troverete il manuale per effettuare i pagamenti e potrete accedere alla Vostra area riservata per effettuare i versamenti.

Per problemi con il portale potete contattare l'assistenza al numero verde 800903080 dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 18.30 e il sabato dalle 8.00 alle 13.00

Sul sito dell'Istituto <https://icvallemossopettinengo.edu.it/> sono pubblicate le istruzioni per accedere e le Faq_Pagamenti_Scolastici

I genitori che avessero problemi con Pago in Rete possono prendere appuntamento con la segreteria previo accordo telefonando allo 015706070.

Giorni di ricevimento: lunedì, mercoledì, venerdì dalle ore 11.30 alle ore 15.00; martedì e giovedì dalle ore 8.00 alle ore 12.00.

Distinti saluti.

Il Dirigente Scolastico
RICCARDO ONGARETTO

Firma autografa omessa ai sensi
dell'art. 3 del D.lgs. n. 39/1993.



(si prega di restituire **tassativamente entro l'08/11/2021**)

Il/la Sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno/a
_____ frequentante la classe _____ sez. _____ della Scuola
_____ di _____, dichiaro di aver preso visione della circolare prot. n. 1705 del
25/10/2021 avente oggetto "Assicurazione alunni a.s. 2021/22" e dichiara:

- 1- **di voler assicurare** il/la proprio/a figlio/a alla polizza assicurativa PLURIASS SCUOLA di Novara
- 2- **di voler rinunciare all'assicurazione.** Pertanto prende atto di non potersi avvalere di una copertura assicurativa in caso di infortunio del/la figlio/a o di danni accidentali provocati a terzi dal/la medesimo/a.

Luogo e Data

Firma di un genitore
