Spett.le

 **F.I.S.M. Rovigo**

Il sottoscritto ----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

in qualità di Legale Rappresentante della Scuola dell’infanzia paritaria federata F.I.S.M. ---------------------------

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Telefono: --------------------------------------------------- mail:-----------------------------------------------------------------------

**COMUNICA**

**L’ADESIONE AL SERVIZIO CUMULATIVO DI COPERTURA ASSICURATIVA FISM per l’anno 2024 tramite:**

O  **La polizza Assicurativa Infortuni**

**(per tutti i bambini/e iscritti alla scuola dell’infanzia, nido integrato, doposcuola)**

**Totale Nr. bambini --------** (includere anche eventuali bambini del doposcuola)

 O **La polizza Responsabilità Civile Diversi e prestatori di lavoro.**

**(**barrare il servizio che si intende utilizzare)

Luogo e data Timbro scuola e firma Legale Rappresentante

|  |
| --- |
| **Modulo da trasmettere alla segreteria FISM di Rovigo entro e non oltre il** **29 febbraio 2024****All’indirizzo mail:** **segreteria@fismrovigo.it** |