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 anno 2025 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 Lavori**

**(**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 15/03/2025**  **All’indirizzo mail:** [**segreteria@fismrovigo.it**](mailto:segreteria@fismrovigo.it) |