



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE e DEL MERITO

ISTITUTO COMPRENSIVO "VIA XVI SETTEMBRE"

Via XVI Settembre, n. 17 – 00053 Civitavecchia (RM) - Tel. 0766/23270 – Fax 0766/580187

C.M. RMIC8GQ00R – C.F. 91064900581 - www.comprensivocivitavecchia1.gov.it RMIC8GQ00R@istruzione.it–
RMIC8GQ00R@pec.istruzione.it

Civitavecchia, 07 gennaio 2026

CIRCOLARE N. 110

Ai Genitori degli alunni dell'Istituto Comprensivo

Al DSGA

Al sito web

OGGETTO: Assicurazione alunni - contributo volontario A.S. 2025/2026

ASSICURAZIONE

Si invitano tutti i genitori degli alunni al rinnovo della quota assicurativa del premio annuo di euro 7,00 (premio assicurativo + Spese di segreteria).

La Compagnia di assicurazione aggiudicataria della gara di affidamento dei servizi assicurativi a copertura della responsabilità civile verso terzi e di eventuali infortuni degli alunni e del personale dell'Istituto Comprensivo "Via XVI Settembre" di Civitavecchia la UNIPOL - PLURIASS. Sono state scelte le condizioni di massima garanzia per la tranquillità delle famiglie e dei docenti.

Le garanzie successive sono valide per ogni iniziativa e/o attività organizzata e /o gestita e/o effettuata e/o autorizzata e/o deliberata dagli Organi dell'Istituto, in relazione sia all'attività scolastica che extra scolastica, parascolastica ed interscolastica, sia didattica che di altra natura, sia in sede che fuori sede.

CONTRIBUTO VOLONTARIO

Il contributo di € 10,00 è formato da più quote. La prima, costituita dall'importo di 7,00 (sette/00), viene richiesta annualmente per la sottoscrizione della polizza assicurativa contro gli infortuni e la responsabilità civile verso terzi; la seconda di € 3,00: a) per la manutenzione e per il rinnovo dei materiali; b) per la fotocoproduzione di materiale vario.

L'istituto si impegna a rendicontare pubblicamente, attraverso comunicazioni sul Sito Istituzionale l'ammontare del contributo ricevuto dai diversi plessi e la sua destinazione. Il contributo volontario è deducibile dalle imposte.

I genitori sono pertanto invitati ad effettuare tale **versamento** tramite il servizio PagolnRete, **entro il 14/01/2026** con le seguenti

modalità indicando sulla causale del versamento: “Assicurazione + contributo volontario dell’alunno” (indicare cognome e nome alunno — classe — sez. — A.S. 2025/2026).

Dott.ssa Licciardello Francesca

*Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell’art. 3, co 2 del D.Lsg. n.39/1993*