



All'Istituto scolastico

Oggetto: Richiesta esenzione pagamento polizza assicurativa

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome e nome)

nato/a a _____ (_____) il _____
(luogo di nascita) (provincia) (data di nascita)

in servizio presso codesto istituto per l'anno scolastico 2024/2025

CHIEDE

di essere esentata/o dal versamento della quota assicurativa prevista per il personale in servizio presso l'Istituto, in quanto già tutelato per infortunio e responsabilità civile verso terzi dalla polizza stipulata per conto dei propri iscritti dalla FGU Gilda Unams con **AIG EUROPE LIMITED - polizza n. 25487.**

_____, lì _____
(luogo e data)

In fede
