

Mod_ades. Assic_D.A./05	ISTITUTO COMPRENSIVO DI LIVIGNO	Rev. n. 1 del 31/07/2016
ADESIONE ASSICURAZIONE INTEGRATIVA A.S. 2016/2017 Personale Docente e Ata		

__l__ sottoscritt _____ nat __a__ _____

il _____ residente a _____ in via _____

assunt _____ con contratto a tempo **Indeterminato** **Determinato** in servizio presso questo Istituto

Comprensivo nel Plesso di _____ in qualità di: **Docente**

ATA

comunica la propria ADESIONE alla polizza assicurativa integrativa annuale, destinata al personale di questa Scuola, con decorrenza _____

Si allega copia ricevuta di versamento di €. _____ sul c/c della Scuola.

Contanti

Privacy

L'informativa sul nuovo regolamento UE 2016/679 è disponibile sul sito web istituzionale alla voce privacy.

Livigno, _____

Firma _____

Mod_ades. Assic_D.A./05	ISTITUTO COMPRENSIVO DI LIVIGNO	Rev. n. 1 del 31/07/2016
ADESIONE ASSICURAZIONE INTEGRATIVA A.S. 2016/2017 Personale Docente e Ata		

__l__ sottoscritt _____ nat __a__ _____

il _____ residente a _____ in via _____

assunt _____ con contratto a tempo **Indeterminato** **Determinato** in servizio presso questo Istituto

Comprensivo nel Plesso di _____ in qualità di: **Docente**

ATA

comunica la propria ADESIONE alla polizza assicurativa integrativa annuale, destinata al personale di questa Scuola, con decorrenza _____

Si allega copia ricevuta di versamento di €. _____ sul c/c della Scuola.

Contanti

Privacy

L'informativa sul nuovo regolamento UE 2016/679 è disponibile sul sito web istituzionale alla voce privacy.

Livigno, _____

Firma _____