



ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE
"SERGIO ATZENI" – CAPOTERRA (CA)



Al Dirigente Scolastico
dell'I.I.S. Sergio Atzeni Capoterra

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____

C.F.: _____

in servizio presso codesta Istituzione in qualità di _____

COMUNICA

di voler aderire alla POLIZZA INFORTUNI dell'I.I.S. Sergio Atzeni Capoterra per l'A. S. 2023/2024 impegnandosi a versare la prevista quota di € 10,00.

Data

Firma