



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**