Al Dirigente Scolastico
I.C. Empoli Ovest

Il/la sottoscritto/a _____

[ ] docente
[ ] ATA

Con incarico

[ ] a tempo indeterminato
[ ] a tempo determinato

DICHIARA

di avere una copertura assicurativa in quanto:

[ ] Iscritto ad un sindacato/associazione professionale che prevede la copertura assicurativa per i rischi RC connessi alle attività professionali

[ ] Ha stipulato una polizza assicurativa personale che copre anche i rischi RC connessi alle attività professionali

Empoli, _____ Firma

_____