



**LICEO STATALE "GIORGIO de CHIRICO"**  
 Liceo Artistico – Liceo delle Scienze Umane  
 Liceo Artistico serale  
 Ambito Territoriale n.21 – C. F. 82008380634 – Cod.Un.Uff. UF7UYA  
 Codici Meccanografici: NASD04000B – NASD04050R (serale) -  
 Sede: TORRE ANNUNZIATA (NA) – Via Vittorio Veneto, 514  
 tel. 0815362838/fax 0818628941 - web www.liceodechirico.gov.it  
 e- mail nasd04000b@istruzione.it; pec nasd04000b@pec.istruzione.it



## MODULO ADESIONE

Polizza Collettiva VALEAS DAILY CORONAVIRUS Scuole GRUPPO NOBIS

**Al Liceo Statale "G. de Chirico"**  
**Torre Annunziata (NA) – SEDE**  
**tramite mail**  
[nasd04000b@istruzione.it](mailto:nasd04000b@istruzione.it)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
 il \_\_\_\_\_, in servizio per l'a.s. \_\_\_\_\_ c/o questo Istituto con la qualifica di:

<input type="checkbox"/> <b>DOCENTE</b>	<input type="checkbox"/> <b>DS/DSGA</b>	<input type="checkbox"/> <b>ASS. AMMINISTRATIVO</b>	<input type="checkbox"/> <b>ASS. TECNICO</b>	<input type="checkbox"/> <b>COLL. SCOLASTICO</b>
<input type="checkbox"/> a Tempo Indeterminato		<input type="checkbox"/> a Tempo Determinato		

### CHIEDE

di aderire alla polizza COLLETTIVA VALEAS DAILY CORONAVIRUS Scuole GRUPPO NOBIS di cui il Liceo Statale "de Chirico" di Torre Annunziata è contraente tramite il Broker ASSITECA.

A tal fine comunica in calce i propri dati, autorizzandone il trattamento ai fini della gestione della pratica ai sensi della normativa vigente in materia di trattamento dei dati personali. Il sottoscritto dichiara di aver preso attenta visione di tutte le caratteristiche della polizza, contenute nella relativa documentazione.

Il sottoscritto allega alla presente copia del bonifico a pagamento del premio di €12 all'IBAN **IT56K 01030 40290 000000739032** a favore del Liceo Statale "G. de Chirico" di Torre Annunziata (a copertura fino alla data del 31/07/2021 senza possibilità di tacito rinnovo).

Torre Annunziata, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA (gg/mm/aaaa)	CODICE FISCALE	PREMIO PROCAPITE FORMULA (PLUS 12€)
				Si allega copia bonifico con causale ADESIONE POLIZZA COVID _____ (NOME DEL DIPENDENTE)

La presente è da inviare, completa di allegati, entro le ore 24:00 del giorno 29/10/2020.

L'attivazione della polizza è subordinata al raggiungimento del numero minimo di 10 adesioni.