



Com. int. N. 3 a)

Ferno, 4/09/2025

Ai Sigg.	Genitori degli alunni
Ai	Docenti prevalenti
Ai	Docenti coordinatori
Al	DSGA

OGGETTO: Assicurazione - contributo volontario a.s. 2025/2026

Si comunica che il Consiglio d'Istituto del 2/07/2025 ha deliberato di chiedere alle famiglie un contributo volontario per migliorare la qualità dell'azione didattica sofferendo alle spese di funzionamento dei laboratori e alle attività laboratoriali, la quota di **€ 14,00**, comprensiva di **€ 8,00 per la polizza assicurativa e € 6,00 per il contributo volontario famiglie**.

Modalità di pagamento attraverso il sistema PAGO IN RETE.

È stato creato un evento di pagamento denominato **"ASSICURAZIONE ALUNNI E CONTRIBUTO VOLONTARIO A.S. 2025-2026"**

Il percorso da seguire è il seguente: <https://www.istruzione.it/pagoindrete/accedere.html>, accesso attraverso SPID o CIE, "VAI A PAGO IN RETE SCUOLE", cliccare su azioni sull'evento di **"ASSICURAZIONE ALUNNI E CONTRIBUTO VOLONTARIO A.S. 2025-2026"**, compilare con i dati dell'alunno (codice fiscale, nome e cognome), inserire l'importo che si intende versare, **14,00 € per chi intende pagare assicurazione e contributo volontario, 8,00 € solo per assicurazione**, cliccare su effettua il pagamento, scegliere la modalità di pagamento tra quelle di proprio interesse.

Il pagamento deve essere effettuato entro il 30/09/2025

Oltre tale data il sistema non consentirà di effettuare il pagamento.

Nel caso in cui non si riesca ad effettuare il pagamento, contattare la segreteria all'indirizzo: vaic86100r@istruzione.it per la richiesta del bollettino cartaceo indicando i dati dell'alunno e l'importo che si intende versare.

Si ricorda che il contributo volontario delle famiglie è tra le spese ammissibili in detrazione nella dichiarazione fiscale 2026.

Si ricorda che il pagamento della polizza serve per assicurare gli alunni in caso di infortunio e responsabilità civile verso terzi.

Si chiede di restituire la dichiarazione debitamente compilata al docente prevalente / coordinatore di classe appena effettuato il pagamento e comunque non oltre il 06/10/2025.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Susi Ortolani

(dichiarazione da restituire compilata al docente prevalente entro il 06/10/2025)



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "B. CROCE"
SCUOLE DELL'INFANZIA - PRIMARIA - SECONDARIA I GRADO
Via Marco Polo 9 - 21010 FERNO (Va)



Il Sottoscritto _____ genitore dell'alunno _____

frequentante la classe _____ sez. _____ della scuola Infanzia/Primaria/Secondaria di _____

VISTA la Comunicazione interna **n. 3/a** dell'Istituto Comprensivo (Polizza Assicurativa a.s. 2025/2026)

Dichiaro

- ☐ di aderire alla quota assicurativa di €. 8,00.
- ☐ di non aderire alla quota assicurativa.
- ☐ di versare il contributo volontario famiglie pari a €. 6,00.

Data _____

Firma dei genitori _____

Allegare ricevuta di avvenuto pagamento