ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "E. FERMI"

Via Cavour n. 9 - 24030 CARVICO

Il/la sottoscritto/a _____

genitore dell'alunno/a _____

classe _____ sez. _____

Scuola Secondaria di _____

DICHIARA DI

ADERIRE al pagamento di € 5,80 per quota assicurazione a.s. 2025/2026

NON ADERIRE al pagamento di € 5,80 per quota assicurazione a.s. 2025/2026

ADERIRE al pagamento di € 6,00 per contributo annuale a.s. 2025/2026

NON ADERIRE al pagamento di € 6,00 per contributo annuale a.s. 2025/2026

Dichiara che verserà dal 20/10 al 31/10/25 l'importo totale di € _____

luogo, data

Firma

Il presente modulo deve essere riconsegnato a scuola entro il giorno 15 ottobre 2025.

Non è più possibile versare in contanti o fare bonifici.

VERSAMENTO QUOTE

Come per la partecipazione a visite d'istruzione, alle rappresentazioni teatrali, per l'adesione all'assicurazione, per il tesserino di riconoscimento e del fondo di solidarietà il versamento della quota dovrà essere effettuato solo con il sistema Pago On line di Argo.