

**Al Dirigente Scolastico
I.C. "Via T. Mommsen, 20"**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il
_____ e residente in Via/Piazza _____,
rappresentante della classe _____ sezione _____ della sede della scuola
Infanzia/Primaria/Secondaria di I grado _____

DICHIARO

di aver effettuato il pagamento della quota assicurativa di Euro 9.00 per i sotto elencati alunni:

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	

Data

FIRMA