

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

**Istituto comprensivo "via Acquaroni"**

Via Acquaroni, 53 00133 ROMA tel. 062050607 fax 0620449294  
Mail: [rmic8e700q@istruzione.it](mailto:rmic8e700q@istruzione.it) Pec: [rmic8e700q@pec.istruzione.it](mailto:rmic8e700q@pec.istruzione.it)  
Codice Fiscale. 97713360580 – DIS. XVI  
Sito web <http://www.istitutocomprensivoacquaroni.gov.it/>

Prot. N.3414/A9

Roma, 29/09/2016

Circolare n.21

Alle famiglie degli alunni  
e p.c. A Tutti i docenti  
Al DSGA  
Loro Sede

**OGGETTO:** contributo a.s. 2016/2017.

Con delibera del 27/09/2016 il Consiglio di Istituto dell'I.C. "VIA ACQUARONI" ha stabilito di richiedere un **contributo economico** per ciascun alunno così come segue:

- Scuola dell'infanzia € 15,00
- Scuola primaria € 15,00
- Scuola secondaria di 1° grado € 25,00

Tale contributo rappresenta una parziale partecipazione alle spese sostenute dalla scuola (assicurazione "responsabilità conto terzi", obbligatoria per qualsiasi tipo di visita didattica e d'istruzione, ed integrativa infortuni – libretto giustificazioni – fotocopie – materiale tecnico – materiale specialistico per attività di ampliamento dell'attività formativa – attività di continuità – attività di orientamento ecc)

Si conta sulla pronta adesione di tutti, soprattutto in considerazione che i benefici dell'assicurazione decorreranno dalla data di stipula della polizza e che visite guidate e viaggi d'istruzione potranno essere organizzati solo se in regola.

L'importo dovrà essere versato sul **c.c.p n° 1009241793 intestato a "I.C. VIA ACQUARONI"** con la causale: **"Contributo scolastico as 2016/2017"** indicando **classe, sezione e plesso**.

**La ricevuta dell'avvenuto pagamento dovrà essere consegnata:**

- al rappresentante di classe o sezione per la scuola primaria e dell'infanzia (unico bollettino);
- al docente coordinatore di classe per la scuola media;

i quali dovranno portarla in segreteria **entro e non oltre il 14/10/2016** con allegato l'elenco degli alunni paganti e importo.

Ulteriori informazioni e chiarimenti potranno essere richiesti al Dirigente Scolastico anche per via telefonica (tel.062050607), o tramite appuntamento.

F.TO

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Dott.ssa Silvana TRAPANI

-----  
(tagliare e restituire con la ricevuta di pagamento)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_ classe \_\_\_ sez \_\_\_

dichiaro di aver ricevuto la comunicazione relativa al contributo a.s. 2016/2017 e invio, tramite mio/a figlio/a la ricevuta di avvenuto pagamento.

FIRMA

DATA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_