ALLEGATO 5

La polizza infortuni sarà operante a titolo gratuito nei confronti dei seguenti soggetti:

(N.B. – Indicare accanto ad ogni singola voce se la voce è prevista e l’eventuale riferimento ad ARTICOLO E PAGINA CONDIZIONI DI POLIZZA)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Copertura** | **Prevista** **(indicare SI – NO)** | **Pagina condizioni di polizza** |
| 1. Gli alunni H (disabili); |  |  |
| 1. Genitori partecipanti ad iniziative/progetti/attività regolarmente

deliberate dall'Istituto Scolastico e/o regolarmente autorizzate dal Dirigente Scolastico; |  |  |
| 3. Gli accompagnatori degli alunni e degli alunni con handicap, durante i viaggi di istruzione, stage, visite didattiche in genere (senza limitazione di numero); |  |  |
| 4. Il Responsabile della Sicurezza (D.Lgs. n. 81/08);  |  |  |
| 5. Uditori ed allievi in passerella; |  |  |
| 6. Esperti Esterni/Prestatori d'opera estranei all'organico della scuola; |  |  |
| 7. Personale in quiescenza (C.M. 127/94) allorché presti attività nella scuola anche a titolo gratuito; |  |  |
| 8. Presidente e componenti della Commissione d'esame; |  |  |
| 9. Revisori dei Conti; |  |  |
| 10. Membri eletti negli organi collegiali (compresi i genitori ai sensi del DPR n.416/74); |  |  |
| 11. Tirocinanti anche professionali e gli ex studenti che frequentano tirocini formativi e di orientamento; |  |  |
| 12. Operatori componenti le squadre di prevenzione e pronto intervento ai sensi di legge; |  |  |
| 13. Alunni e accompagnatori degli alunni di altre scuole anche stranieri temporaneamente ospiti presso l'Istituto Scolastico; |  |  |
| 14. Gli alunni privatisti; |  |  |
| 15. I prestatori di lavoro socialmente utili o lavori di pubblica utilità; |  |  |
| 16. Gli Esperti esterni che sottoscrivono contratti di prestazione d’opera occasionali per attività integrative nell’ambito della direttiva 133 D.P.R. 567/96 con l’Istituto o che svolgono, a qualunque titolo, attività di collaborazione all’interno dell’Istituto; |  |  |
| 17. I genitori degli alunni presenti all’interno dell’Istituto per assistere medicalmente i propri figli. |  |  |
| 18. Insegnanti di sostegno; |  |  |
| 19. Assistenti di lingua straniera; |  |  |
| 20.ALTRO (specificare)………………………… |  |  |

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Timbro e firma del dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_