

la presente dichiarazione NON esonera la scuola dalla trasmissione del Modulo Denuncia Sinistro

ISTITUTO SCOLASTICO		N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG Europe Limited	
Tel:	Fax:	Data effetto:	Data scadenza:
Cod.Min:	Cod.Fisc:	Periodo di assicurazione	
Email:			

Data Sinistro **ora** **luogo**

Il sottoscritto (Cognome) (Nome) **Data di nascita**

Al momento del fatto in servizio presso la scuola
(indicare l'indirizzo della sede/plesso dell'istituzione scolastica)

COMUNICA CHE L'ALUNNO/A

Cognome **Nome**

Nato a **il** **Residente in Via**

CAP **Città** **Prov.** **Frequentante la classe/sezione**

HA SUBITO UN INFORTUNIO

In data **Alle ore**

AL RIGUARDO DICHIARA

▪ Che l'infortunio è avvenuto nel seguente luogo

▪ Che al momento dell'infortunio era presente il seguente testimone: **Cognome** **Nome**

Indirizzo completo (via/cap/città/prov.) **Recapito telefonico:**

▪ Che al momento dell'infortunio era presente il seguente testimone: **Cognome** **Nome**

Indirizzo completo (via/cap/città/prov.) **Recapito telefonico:**

▪ Che l'infortunio è avvenuto nel seguente modo (descrizione particolareggiata dei fatti)

▪ Che l'infortunato è stato immediatamente assistito dal/i Sig. (Cognome/nome/indirizzo completo/recapito telefonico/qualifica professionale)

▪ Che l'infortunato è stato inviato al Pronto Soccorso di

▪ Eventuali osservazioni

Il sottoscritto dichiara che, pur essendo presente, si è trovato nell'impossibilità di prevenire l'infortunio.
In fede



(luogo)



(data)



(Firma dell'Insegnante)